



Bioethica Forum

No. 54 September / septembre 2007

EDITORIAL

Beihilfe zum Suizid im Akutspital?

„Jede Institution soll klar festlegen, ob sie für ihre Patienten die Möglichkeit des assistierten Suizids zulassen will oder nicht. Die Institution soll ihren Entscheid den Patientinnen und Patienten gegenüber erklären können.“ So lautet eine Empfehlung der Nationalen Ethikkommission (NEK) in einer Stellungnahme von 2005. Und weiter: Falls sich ein Akutspital zu einem *Ja* entscheide, sollten auch die notwendigen Rahmenbedingungen geschaffen und die Ablehnung des Personals aus Gewissensgründen respektiert werden.

Das CHUV in Lausanne hat als erstes Universitätsspital eine Entscheidung getroffen und diese öffentlich gemacht: Die Beihilfe zum Suizid im CHUV wird grundsätzlich gestattet, darf allerdings nur in ganz besonderen Ausnahmefällen und unter Einhaltung sehr strikter Bedingungen durchgeführt werden. Wenig später sind auch die Genfer Universitätsspitaler (HUG) mit einer ähnlich lautenden Regelung an die Öffentlichkeit getreten. Die letzte Meldung stammt vom Universitätsspital Zürich: Hier soll die Beihilfe zum Suizid grundsätzlich nicht durchgeführt werden, in extremen Einzelfällen aber sei eine Lösung auf individueller Basis zu suchen.

Wie sind diese Weisungen der Spitalleitungen zu verstehen? Worin unterscheiden sie sich, worin stimmen sie de facto überein? Wie werden die unterschiedlichen Entscheidungen ethisch begründet? Spielen die unterschiedlichen soziokulturellen Hintergründe in der lateinischen und deutschen Schweiz bei der Entscheidung eine Rolle? Weiterhin: Soll es aus Gründen des Lebensschutzes und einer klaren Abgrenzung ärztlicher und pflegerischer Aufgaben bei einem grundsätzlichen *Nein* (mit Ausnahmeklausel) bleiben? Oder sollte mit Hinweis auf die Autonomie des Patienten und die Pflicht, einen schwer Leidenden und sterbewilligen Menschen nicht im Stich zu lassen, einem grundsätzlichen *Ja* (mit gewichtigen Auflagen) der Vorzug gegeben werden?

Diese Fragen wurden an einer von der SAMW und der SGBE initiierten Tagung zur Suizidbeihilfe im Akutspital am 22. Juni 2007 in Zürich diskutiert. Beiträge dieser Tagung werden in der vorliegenden Ausgabe von *Bioethica Forum* zugänglich gemacht und zur Diskussion gestellt.

Dabei geht es zunächst um die gegenseitige Information und Verständigungsversuche über kulturelle Grenzen hinweg. Eine fundierte ethische Diskussion über die heikle Frage nach der Erlaubnis der Suizidbeihilfe in Akutspitalern wird erst auf dieser Basis möglich sein.

Markus Zimmermann-Acklin, Präsident SGBE
Michelle Salathé, stv. Generalsekretärin SAMW

Contenu / Inhalt

Editorial	1
Kulturelle Unterschiede in der Sterbehilfedebatte	2
Suizidbeihilfe im Akutspital: Ethische Aspekte	9
Symposium «Grenzen des Vorhersehbaren»	13
Regelungen der Suizidbeihilfe in Schweizer Akutspitalern:	
- Centre hospitalier universitaire vaudois	19
- Hôpitaux universitaires de Genève	21
- Universitätsspital Zürich	28
- Inselspital Bern	30
- Universitätsspital Basel	31
- Hôpitaux publiques du Canton du Tessin	32
- Kantonsspital Luzern	33
Bieler Philosophietage	35
Agenda	36
Impressum	36

Kulturelle Unterschiede in der Sterbehilfedebatte

Georg Bosshard, Institut für Biomedizinische Ethik, Universität Zürich

Das Thema „Kultur und Einstellung zu Sterbehilfe“ ist ein weites Feld. Oftmals denkt man beim Wort „Kultur“ in diesem Zusammenhang an religiöse Prägungen. Und zweifellos ist der Zusammenhang zwischen Religion und Umgang mit Sterbehilfe ein hochinteressanter. Dennoch erlaube ich mir, im folgenden Vortrag einen anderen Faktor als stellvertretenden Indikator für Kultur zu nehmen, nämlich den Faktor „Land“ resp. „Landesteil“ (der Schweiz). Es ist dies insofern aus sozialwissenschaftlicher Sicht sinnvoll, als gezeigt wurde, dass der Faktor „Land“ der wichtigste Prädiktor für ärztliche Einstellungen und Handlungen im Sterbehilfebereich darstellt [1]. Mit anderen Worten: Statistisch gesehen wird ein katholischer Arzt aus der Schweiz eher mit einem reformierten Schweizer Kollegen als mit einem ebenfalls katholischen Arzt aus Belgien in Fragen der Sterbehilfe übereinstimmen, eine junge deutsche Ärztin eher mit einem älteren deutschen Kollegen als mit einem gleichaltrigen Kollegen aus der Schweiz, etc.

Ich möchte mich im Folgenden darauf konzentrieren, die Muster dieser Unterschiede zwischen Ländern oder Landesteilen möglichst deutlich aufzuzeigen und mit empirischen Daten zu unterlegen. Die Frage, worauf diese kulturellen Unterschiede zurückzuführen sind, werde ich dazu Berufeneren überlassen. Sicher spielt hier der bereits erwähnte Faktor der Religion, aber beispielsweise auch geschichtliche Ereignisse und vieles Andere eine Rolle. Sie werden bei der Präsentation von landesspezifischen Entscheidungsmustern – die präsentierten Länder und

erst recht die Landesteile der Schweiz dürften Ihnen dazu genügend bekannt sein – Ihre eigenen Assoziationen haben, womit diese Unterschiede zu tun haben könnten.

Ein Grossteil der im Folgenden präsentierten Resultate stammt aus der sogenannten EURELD-Studie (Medical End-of-Life Decisions in six European Countries), für deren Schweizer Part die Institute für Sozial- und Präventivmedizin sowie Rechtsmedizin der Universität Zürich gemeinsam verantwortlich waren. Der erste Teil der Studie basiert auf einer schriftliche Befragung von Ärztinnen und Ärzten über in konkreten Fällen getroffene Entscheidungen, ausgehend von einer Zufallsstichprobe von insgesamt etwa 30'000 Todesfallformularen in sechs europäischen Ländern resp. Landesteilen: Belgien (Flandern), Dänemark, Holland, Italien (vier Regionen in Norditalien), Schweden und Schweiz – deutschsprachiger Landesteil [2, 3]. Der zweite Teil der Studie basiert auf einer Befragung einer Stichprobe von je 300 Ärzten aus zehn verschiedenen Fachrichtungen in jedem der teilnehmenden Länder [4]. In diesem zweiten Teil der EURELD-Studie konnten in der Schweiz alle drei Landesteile einbezogen werden [5].

Häufigkeit von Sterbehilfe

In allen untersuchten Ländern waren passive und indirekte Sterbehilfe, also beides grundsätzlich nicht illegale medizinische Entscheidungen am Lebensende, am häufigsten (Tab. 1).

Tabelle 1. Häufigkeit verschiedener Formen von Sterbehilfe: Gewichtete Prozente aller Todesfälle

	Belgien (n=1351)	Dänemark (n=1355)	Italien (n=814)	Niederlande (n=2763)	Schweden (n=1327)	Schweiz (n=1704)
Passive Sterbehilfe	15	14	4	20	14	28
Indirekte Sterbehilfe	22	26	19	20	21	22
Suizidbeihilfe und aktive Sterbehilfe	1.8	0.8	0.1	3.4	0.2	1.0

Bei der passiven Sterbehilfe ergaben sich beträchtliche Unterschiede in der Häufigkeit zwischen den einzelnen Ländern, nämlich von 6% aller Todesfälle in Italien bis zu 28% aller Todesfälle in der Schweiz. Dagegen zeigten sich geringe Unterschiede in der Inzidenz der indirekten Sterbehilfe: Die Anwendung von Opiaten in Dosierungen, welche möglicherweise den Todeseintritt der terminal Kranken beschleunigt haben könnten, erfolgte in allen sechs Ländern in 19% bis 26% aller Todesfälle. Suizidbeihilfe und aktive Sterbehilfe waren insgesamt deutlich weniger verbreitet, wobei hier aber ausgeprägte Länderdifferenzen bestanden: In Italien und

Schweden waren solche Formen überaus selten (0.1 resp. 0.2 % aller Sterbefälle), in Belgien und insbesondere Holland verhältnismäßig häufig (1.8% resp. 3.4%), während hier die Schweiz zusammen mit Dänemark im Mittelfeld lag (1.0% resp. 0.8%).

Dabei kam der große Anteil aktiver Sterbehilfe in Holland hauptsächlich durch aktive Sterbehilfe auf Verlangen zustande (2.6% aller Todesfälle), während in allen anderen Ländern aktive Sterbehilfe, sofern sie überhaupt geleistet wurde, häufiger ohne ausdrückliches Verlangen des Patienten erfolgte (Tab. 2).

Tabelle 2. Häufigkeit von Suizidbeihilfe und aktiver Sterbehilfe: Gewichtete Prozente aller Todesfälle

	Belgien (n=74)	Dänemark (n=31)	Italien (n=5)	Niederlande (n=373)	Schweden (n=9)	Schweiz (n=35)
Suizidbeihilfe	0.01	0.06	0.00	0.21	-	0.36
Aktive Sterbehilfe auf Verlangen	0.30	0.06	0.04	2.59	-	0.27
Aktive Sterbehilfe ohne ausdrückliches Verlangen	1.50	0.67	0.06	0.60	0.23	0.42

Dieser Befund ist insofern bemerkenswert, als noch in den 90er Jahren zu dieser Form der Sterbehilfe lediglich aus Holland Zahlen vorlagen, wobei manche Fachleute diese Praxis für ein spezifisch holländisches Phänomen hielten, welches in Zusammenhang mit der Duldung der aktiven Sterbehilfe auf Verlangen zu sehen sei [6]. Am häufigsten waren die Fälle von Lebensbeendigung ohne Patientenverlangen in Belgien (1.50%), deutlich seltener dagegen in Dänemark (0.67%), Holland (0.60%), der Schweiz (0.42%) und Schweden (0.23%). In Italien wurde gar nur ein einziger Fall beobachtet (0.06%). Suizidbeihilfe – ebenfalls eine Form der Sterbehilfe, welche ein ausdrückliches Sterbeverlangen des Patienten impliziert – war nur in der Schweiz (0.36%) und Holland (0.21%) relevant. Bekanntlich nimmt die Schweiz dabei insofern eine Sonderrolle ein, als Suizidbeihilfe hier unter Einbe-

zug nicht-ärztlicher Mitarbeiter von Sterbehilfeorganisationen wie Exit oder Dignitas geleistet wird.

“Informed consent“ und Ausmass der Lebensverkürzung

Die geschätzte Lebensverkürzung als Folge des ärztlichen Entscheids war gering. Sie betrug in über 80% der Fälle weniger als einen Monat (Tab. 3), sehr oft sogar weniger als eine Woche. Es zeigten sich bedeutsame Unterschiede sowohl zwischen den einzelnen Formen der Sterbehilfe als auch zwischen den einzelnen Ländern: Im Ländervergleich war bei allen Formen der Sterbehilfe der Anteil dieser bezüglich Lebensverkürzung besonders bedeutsamen Fälle in der Schweiz, Holland und Belgien vergleichsweise hoch, in Italien, Schweden und Dänemark dagegen tief.

Tabelle 3. Anteil Sterbehilfe-Entscheidungen mit konsekutiver Lebensverkürzung von mindestens einem Monat: Gewichtete Prozente

	Belgien (n=1351)	Däne- mark (n=1355)	Italien (n=814)	Nieder- lande (n=2763)	Schwe- den (n=1327)	Schweiz (n=1704)
Passive Sterbehilfe	6	4	2	8	1	7
Indirekte Sterbehilfe	1	0	0	2	0	3
Suizidbeihilfe und akti- ve Sterbehilfe	7	0	*	14	*	17

*Prozentsatz nicht errechnet (insgesamt weniger als 10 Fälle)

In allen untersuchten Ländern war die Lebensverkürzung durch Suizidbeihilfe und aktive Sterbehilfe vergleichsweise groß (Prozentsatz Lebensverkürzung von mindestens einem Monat teilweise deutlich über 10%). Bei der passiven Sterbehilfe waren solche Fälle weniger verbreitet (in allen Ländern wenige Prozente aller Fälle). Besonders selten waren Fälle mit einer Lebensverkürzung von über einem Monat bei der indirekten Sterbehilfe (in keinem Land über 3%, in Dänemark, Italien und Schweden gar nicht existent).

Schaut man sich – für alle Formen der Sterbehilfe zusammen – den Entscheidungsprozess genauer an (Tab. 4), so fällt auf, dass in Ländern, in denen Sterbehilfe besonders häufig vorkommt, das Vorgehen mit den Betroffenen auch öfter diskutiert worden war: In Holland

und der Schweiz wurde die Sterbehilfe in mehr als drei Vierteln aller Fälle mit dem Patienten besprochen, wenn dieser als entscheidungsfähig eingeschätzt worden war, in Italien und Schweden dagegen in weniger als der Hälfte aller Fälle.

Bei nicht (mehr) entscheidungsfähigen Patienten kommt den Angehörigen bei der Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens eine wichtige Rolle zu. Interessanterweise ergibt sich für diese Fälle betreffend Kommunikation fast wieder das gleiche Bild: Oft mit den Angehörigen besprochen in Holland (88%), Belgien (80%) und der Schweiz (71%), selten in Italien und Schweden mit je 42% (die vergleichsweise seltenen Fälle, in welchen ein früherer Wunsch des Patienten betreffend Sterbehilfe bekannt war, sind in diesen Zahlen mit eingerechnet).

Tabelle 4. Häufigkeit, mit welcher Sterbehilfe-Entscheidungen mit den Patienten oder Angehörigen besprochen wurden: gewichtete Prozente

	Belgien (n=1351)	Däne- mark (n=1355)	Italien (n=814)	Nieder- lande (n=2763)	Schwe- den (n=1327)	Schweiz (n=1704)
Patient entscheidungs- fähig: Entscheidung mit ihm besprochen	67	58	42	92	38	78
Patient nicht entschei- dungsfähig: Entscheidung mit Angehörigen bespro- chen*	80	54	42	88	42	71

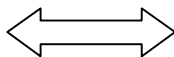
*und / oder der Patient hatte früher einen entsprechenden Wunsch geäußert

Entscheidungsmuster

Aus den präsentierten Zahlen lassen sich zwangslos gewisse generelle Entscheidungsmuster ableiten. Das wichtigste derselben betrifft das

Spannungsverhältnis zwischen der ärztlichen Pflicht zur Lebenserhaltung und der ebenso zentralen Pflicht zur Respektierung der Patientenautonomie.

**Unverfügbarkeit
des Lebens**



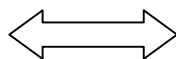
**Respektierung der
Patientenautonomie**

Ein solcher Konflikt tritt dann auf, wenn ein terminaler Patient wünscht, dass auf weitere lebensverlängernde Maßnahmen verzichtet werden solle oder – weit seltener – dass sein Todesertritt aktiv beschleunigt werden solle. Ganz offensichtlich wird in solchen Fällen in Ländern wie Holland oder der Schweiz eher zugunsten des Patientenwillens, in Ländern wie Schweden oder Italien eher im Sinne einer absolut verstandenen Pflicht zur Lebenserhaltung entschieden. Entsprechend wird in den letzteren Ländern deutlich seltener Sterbehilfe geleistet, wenn doch, dann ist der lebensverkürzende Effekt

derselben sehr gering, wogegen der Wille des Patienten eher eine untergeordnete Rolle spielt.

Es gibt aber selbst innerhalb der besonders “sterbehilfe-freundlichen” Länder Holland und Schweiz ganz erhebliche Unterschiede, in welcher Form diese geleistet wird. In Holland ist nämlich die verlangte aktive Sterbehilfe zehnmal häufiger als in der Schweiz, wo diese vor allem im Vergleich zur passiven Sterbehilfe nur verschwindend selten vorkommt. Offenbar spielt in der Schweiz die bereits erwähnte Unterscheidung zwischen passivem “Sterbenlassen” und aktivem “Töten” die weitaus grössere Rolle als in Holland:

**Passives
Sterbenlassen**

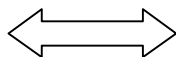


**Aktive Lebens-
beendigung**

Wenn einem Patientenverlangen nach aktiver Lebensbeendigung entgegengekommen wird, dann geschieht das in der Schweiz, wenn überhaupt, über die Suizidbeihilfe. Hier wird also an einer strikten Unterscheidung zwischen Selbsttö-

tung und Fremdtötung selbst dann festgehalten, wenn eine wesentliche Bedingung genau gleich ist, nämlich der Wunsch des Patienten, seinem Leben möge ein Ende gesetzt werden.

Selbsttötung



Fremdtötung

Man könnte es auch so ausdrücken: In unserem Land traut man der Unterscheidung zwischen verlangter und nicht ausdrücklich verlangter Tötung – Kern des holländischen Sterbehilfe-

modelles – ganz offensichtlich nicht. Man fühlt sich sicherer, wenn am Unterschied auf der Handlungsebene, auf der Ebene der Tatherrschaft, strikt festgehalten wird.

Unterschiede zwischen den Landesteilen der Schweiz

Im Rahmen des zweiten Teils der EURELD-Studie wurden den befragten Ärztinnen und Ärzten verschiedene Aussagen zu medizinischen Entscheidungen am Lebensende vorgelegt und deren Zustimmung zu den entsprechenden Statements erfragt (Tab. 5)

Dabei zeigte sich, passend zu den weiter oben geschilderten Befunden zur Inzidenz effektiver Entscheidungen, im Bereiche der passiven Sterbehilfe eine überdurchschnittlich offene Einstellung von Schweizer Ärzten, während diese im Bereiche der indirekten Sterbehilfe und bei der Sterbeassistentz (Überbegriff für Suizidbeihilfe und aktive Sterbehilfe auf Verlangen) im Mittelfeld lagen. Interessant ist, dass für diese überdurchschnittliche Offenheit im Bereiche der passiven Sterbehilfe hauptsächlich die Deutschschweizer Ärzte verantwortlich zeichneten (Be-

fürwortung von 95%), wogegen die entsprechende Zustimmung in der französischsprachigen (91%) wie auch der italienischsprachigen Schweiz (90%) signifikant tiefer lag. Demgegenüber erwies sich die französischsprachige Schweiz im Bereiche der indirekten Sterbehilfe signifikant offener (99% Befürwortung) als die Deutschschweiz (95%) oder die italienischsprachige Schweiz (96%). Noch viel ausgeprägter unterschied sich aber die Romandie im Bereiche der Sterbeassistentz (65% Befürwortung) sowohl von der Deutschschweiz (53%) als auch von der italienischsprachigen Schweiz (41%). Vereinfachend könnte man sagen, dass die Romandie im Bereiche der Sterbeassistentz ein Holland und Belgien ähnliches Muster, das Tessin dagegen ein an Italien (und Schweden) angelehntes Muster aufwies.

Tabelle 5. Anteil Ja-Antworten von Ärzten zu verschiedenen Statements über Sterbehilfe-Entscheidungen (gewichtete Prozente)

	Spektrum in sechs europäischen Ländern	Schweiz gesamt (n=1360)	Deutschsprachige Schweiz (n=945)	Französischsprachige Schweiz (n=363)	Italienischsprachige Schweiz (n=52)
“A physician should always comply with a patient’s request to withhold or withdraw life-sustaining treatment” (<i>passive Sterbehilfe</i>)	62 (I) bis 97 (Dk)	94	95*	91	90
“If necessary, a terminally ill patient should receive drugs to relieve pain and suffering, even if these drugs may hasten the end of a patient’s life (<i>indirekte Sterbehilfe</i>)	91 (I) bis 99 (NL)	96	95	99*	96
“The use of drugs in lethal doses at the patient’s explicit request is acceptable for patients in terminal illness with extreme uncontrollable pain or other distress” (<i>Suizidbeihilfe und aktive Sterbehilfe auf Verlangen = Sterbeassistentz</i>)	35 (SE) und 36 (I) bis 77 (NL) und 78 (BE)	56	53*	65*	41*

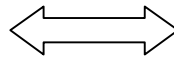
*Landesteil unterscheidet sich signifikant von den beiden anderen

Die Rolle der Medizin in der Suizidbeihilfe

Wenn es zutreffend ist, dass die Romandie bei der Sterbeassistenz eher ein an Holland oder Belgien angelehntes Einstellungsmuster aufweisen sollte, dann stellt sich die Frage, ob die Romandie auch eher als die anderen Landesteile der

Schweiz eine Medikalisation der Sterbeassistenz nach dem Muster Hollands und Belgiens befürworten würde. Falls man also die Suizidbeihilfe überhaupt als akzeptabel erachtet: soll diese eher als spezifische Aufgabe der Medizin oder eher als generelles Freiheitsrecht eingeordnet und geregelt werden?

Suizidbeihilfe als spezifische Aufgabe der Medizin



Suizidbeihilfe als generelles Freiheitsrecht

Dabei geht es nicht so sehr um den insbesondere in der US-amerikanischen Literatur oftmals diskutierten Gegensatz „physician-assisted suicide versus non-physician assisted suicide“ [7] als vielmehr um die Frage des „allowing a role for non-doctors?“ [8], und wie weit diese Verant-

wortung von Nicht-Ärzten gehen soll. Tatsächlich gibt es zur Zeit auf der ganzen Welt kein einziges Land, welches eine derart gewichtige Mitverantwortung von Nicht-Ärzten in der Suizidbeihilfe akzeptiert wie die Schweiz [9]: Tab. 7.

Tabelle 7 Verantwortlichkeiten von Arzt, Sterbehilfeorganisation und anderen im Schweizer Modell der Suizidbeihilfe

Tätigkeit	Verantwortlichkeit		
	Arzt	Sterbehilfe-Organisation	andere
Erstkontakt, erste Beurteilung	X	X	
Information über Diagnose, Prognose, Behandlungsmöglichkeiten inkl. Palliative Care	X		
Bestätigen von Urteilsfähigkeit, Wohlerwogenheit des Sterbewunsches, Fehlen von äusserem Druck	X	X	
Verschreiben der letalen Substanz	X		
Abgabe der letalen Substanz			Apotheker
Aufbewahrung der letalen Substanz		X	Angehörige
Hilfe vor Ort bei der Vorbereitung und Durchführung der Selbsttötung	(X)	X	
Meldung an die Behörden		X	

In der EURELD-Studie wurde die Befürwortung der Aussage „In Switzerland, assisted suicide is legal if performed disinterestedly. It should be provided by doctors only“ erfragt, was keine signifikanten Differenzen zwischen den Landesteilen der Schweiz zu Tage förderte

(Deutschschweiz 46% ja, Romandie 40% ja, Tessin nicht befragt) [4, 5]. Dennoch möchte ich hier die These aufstellen, dass in diesem Bereich gegenwärtig ein gewisser Röstigraben existiert, indem nämlich die Romandie mehr als die Deutschschweiz die Suizidbeihilfe als spezifi-

sche Aufgabe der Medizin einordnet und geregelt haben möchte. Dies kann meines Erachtens an einer Reihe von politischen Vorstössen und public-policy-Entscheidungen der letzten Jahre verdeutlicht werden:

- Im Dezember 2001 verwarf der Schweizer Nationalrat die sogenannte „Initiative Cavalli“ des gleichnamigen Tessiner Nationalrates und Arztes Franco Cavalli. Diese wollte den Vorschlag einer Mehrheit einer Expertengruppe zur Regelung der Sterbehilfe in der Schweiz nach holländischem Vorbild in die Tat umsetzen. In der diesen Vorschlag stützenden Mehrheit der Expertengruppe war die Romandie mit einer starken Fraktion vertreten, in der den Vorschlag bekämpfenden Minderheit dominierte klar die Deutschschweiz. Ein ähnliches Muster zwischen Romandie und Deutschschweiz fand sich auch bei der entsprechenden Debatte im Nationalrat.

- In der gleichen Sitzung verwarf der Nationalrat auch die Initiative der Deutschschweizerin Dorle Vallender (SG), welche die Suizidbeihilfe durch Sterbehilfeorganisationen einschränken und – quasi das Gegenteil des Holländischen Modells! – die Teilnahme von Ärzten daran gänzlich verbieten wollte.

- Im Juni 2003 gab die Waadtländer Nationalrätin Menétrey-Savary einen Vorstoss (Initiative Menétrey-Savary) ein mit dem Ziel, das Fach ärztliche Suizidbeihilfe ins medizinische Ausbildungscurriculum zu übernehmen (die Initiative lief 2005 ohne Resultat ab).

- Im April 2007 lancierten Justizdirektion und Staatsanwaltschaft des Kantons Zürich eine seit langem angekündigte Initiative zur Regelung der Suizidbeihilfe. Zielgruppe der Regelung: nicht die Ärzteschaft, sondern die Sterbehilfeorganisationen.

Ich glaube, dass es vor diesem Hintergrund nicht ganz überraschend ist, dass zur Zeit in der Romandie die Universitätsspitäler von Lausanne und Genf die Suizidbeihilfe unter strengen Bedingungen erlauben, wogegen das Universitätsspital Zürich, das Zentrumsspital Luzern sowie die Zürcher Stadtspitäler an der Trennung von Beihilfe und Spital explizit festhalten, eine Linie,

die auch vom Universitätsspital Basel so vertreten zu werden scheint. Das Inselspital Bern scheint demgegenüber eher einer offeneren Lösung im Sinne von Lausanne und Genf zuzuneigen.

Die Vielfalt an vorhandenen Einstellungen und Handlungsoptionen zeigt klar, dass es in diesem Bereich keine einfachen Antworten geben kann. Umso wichtiger ist eine anhaltende Diskussion dieser Fragen.

Literatur

1. Rebagliato M et al. (2000) Neonatal end-of-life decision-making: physicians' attitudes and relationship with self-reported practices in 10 European countries. *JAMA* 284:2451-2459
2. Van der Heide A et al. (2003) End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study. *Lancet* 362:345-350
3. Bosshard G et al. (2005) Forgoing treatment at the end of life in six European countries. *Arch Intern Med* 165:401-407
4. Miccinesi G et al. (2005) Physicians' attitudes towards end-of-life decisions: a comparison between seven countries. *Soc Sci Med* 60:1961-1974
5. Fischer S et al. (2005) Swiss doctors' attitudes towards end-of-life decisions and their determinants. A comparison of three language regions. *Swiss Med Wkly* 135:370-376
6. Keown J (1994) Down the slippery slope: further reflections on euthanasia in the Netherlands in the light of the Rummelink Report and the Van der Maas survey. In: Gormally L (Hsg) *Euthanasia, clinical practice and the law*. London, The Linacre Centre, 219-240
7. Battin M (2005) *Ending life: ethics and the way we die*. Oxford, Oxford University Press
8. Hurst S, Mauron A (2003) Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians. *BMJ* 326:271-273
9. Ziegler SJ, Bosshard G (2007) Role of non-governmental organisations in physician assisted suicide. *BMJ* 334:295-298

Suizidbeihilfe im Akutspital: Ethische Aspekte

Nikola Biller-Andorno, Institut für Biomedizinische Ethik, Universität Zürich

Die Diskussion um die Suizidbeihilfe hat eine lange Tradition in der Schweiz und wird bemerkenswert differenziert geführt.¹ Der vorliegende Beitrag möchte einen „Blick von aussen“ auf den derzeitigen Stand werfen, besonders hinsichtlich der Frage der ärztlichen Beihilfe zum Suizid und, noch spezifischer, zur Suizidbeihilfe im Akutspital.

Dem mentalen Auge der Betrachterin, die das existierende argumentative Labyrinth nicht in seiner Entstehung unmittelbar miterlebt oder gar mitgestaltet hat und die von daher nicht dazu neigt, es als naturwüchsig zu betrachten, bietet sich die ein oder andere überraschende Windung. Vielleicht kann die Beschreibung des Labyrinths mit seinen Windungen aus der Beobachterperspektive von heuristischem Nutzen für die Debatte sein.

Suizidbeihilfe im Akutspital

Bezüglich der Suizidbeihilfe im Akutspital lassen sich zwei grundsätzliche Positionen unterscheiden, die beide mit Problemen behaftet sind. Die Position, die kategorisch gegen die Zulässigkeit der Suizidbeihilfe im Akutspital votiert, macht sich gegenüber dem Vorwurf der *Diskriminierung* angreifbar, und zwar derjenigen Patienten, denen es aufgrund ihrer medizinischen oder sozialen Situation nicht möglich oder nicht zuzumuten ist, ihren Suizidwunsch zu Hause zu verwirklichen. Das Gewicht dieses Arguments ist in der Schweizer Debatte nicht zu unterschätzen, denn mit ihm ist die Öffnung von Alten- und Pflegeheimen für die Suizidbeihilfe begründet worden, da deren Bewohner in der Regel keinen weiteren Wohnsitz haben.²

¹ Vgl. Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin: Beihilfe zum Suizid. Stellungnahme Nr. 9/2005. http://www.nek-cne.ch/media/archive1/de/publikationen/stellungnahmen/suizidbeihilfe_de.pdf.

² Vgl. den Beschluss des Stadtrats der Stadt Zürich vom 25. Oktober 2000: Wunsch nach Suizid unter

Zum anderen macht sich eine strikte Contra-Position gegenüber dem Vorwurf der *Verletzung des Selbstbestimmungsrechts* angreifbar, wenn sie einen – manche würden hinzufügen „würdigen“ – Suizid dauerhaft verunmöglicht. Denn das Selbstbestimmungsrecht schliesst, so das Argument, das Recht auf den eigenen Tod als Abwehrrecht ein.³

Aber auch die Position für die Suizidbeihilfe im Akutspital ist nicht unanfechtbar. So kann eingewandt werden, dass das Praktizieren von Suizidbeihilfe *im Konflikt steht mit dem institutionellen Auftrag von Spitälern als Orten des Heilens, Linderns, Pflegens* und Begleitens und zugleich mit den Aufgaben ihrer Mitarbeiter.⁴

Ein zweites Argument betrifft die *Gefahr eines „Dambruchs“ bzw. der „slippery slope“*.⁵ Dieser kann in verschiedene Richtungen gedacht werden: hin zur Suizidbeihilfe bei fraglicher oder nicht gegebener Urteilsfähigkeit (etwa im Falle von Kindern und Jugendlichen oder von psychiatrischen Patienten), zur Suizidbeihilfe ohne unmittelbare Todesnähe, zur Freitodhilfe bei unerträglichem Leiden oder unzumutbarer Behinderung gemäss der Einschätzung durch den

Beihilfe von Sterbehilfeorganisationen in den Einrichtungen des Gesundheits- und Umweltdepartements.

http://www.stadtzuerich.ch/internet/gud/home/subanvigaton_themen/alter/

³ Vgl. Schwarzenegger C: Suizidbeihilfe im Spital: Rechtliche Überlegungen. In: Pressemappe des USZ „Suizidbeihilfe im Spital – das USZ präsentiert seine interne Regelung“. März 2007.

<http://www.usz.ch/NR/rdonlyres/FBB0B748-F751-4FC1-9501->

[661223E6F6ED/0/USZ_Pressemappe_MedienRountable_Suizidbeihilfe_im_Spital_08032007.pdf](http://www.usz.ch/NR/rdonlyres/FBB0B748-F751-4FC1-9501-661223E6F6ED/0/USZ_Pressemappe_MedienRountable_Suizidbeihilfe_im_Spital_08032007.pdf)

⁴ Vgl. für den ärztlichen Bereich die in den Grundsätzen der Standesordnung FMH (Art. 2) niedergelegten Aufgaben des Arztes und der Ärztin, http://www.fmh.ch/de/data/pdf/stao_2007_d.pdf

⁵ Vgl. Zimmermann-Acklin M: Euthanasie. Eine theologisch-ethische Untersuchung. 2. Aufl. Freiburg i.Br./Freiburg i.Ue.: Herder/Universitätsverlag, 2002, bes. Kap. 6.

Betroffenen, zur Tötung auf Verlangen sowie zur nicht- und unfreiwilligen Euthanasie.

Derzeitige Regelungen in Schweizer Spitälern

Welchen Weg wählen nun Schweizer Spitäler zwischen der Skylla des absoluten Verbots und der Charybdis einer unqualifizierten Zulassung von Sterbehilfe in ihren Räumlichkeiten? Betrachtet man die derzeitigen Regelungen,⁶ so scheint sich ein Konsens abzuzeichnen. Denn obgleich manchmal etwas plakativ von einem „Röstigraben“ auch in der Frage der Suizidbeihilfe gesprochen wird – konservative Deutschschweiz versus liberale Romandie –, so sind sich die Regelungen bei näherer Hinsicht doch sehr ähnlich: Sie betrachten die Suizidbeihilfe im Akutspital als *ultima ratio*, als eine Option, die nur dann in Betracht zu ziehen ist, wenn Vorhaben anderswo nicht oder nur unter Einsatz aussergewöhnlicher Mittel zu realisieren ist; die Regelungen fordern zudem mehrheitlich, dass die Suizidbeihilfe ohne direkte Beteiligung von Spitalmitarbeitern erfolgt.⁷

Suizidbeihilfe im Akutspital wird also als ein aussergewöhnliches Ereignis betrachtet, mit dessen Auftreten nur selten gerechnet wird. Die Unterschiede in den Regelungen sind in der Behandlung der eintretenden Einzelfälle auszumachen: Während manche Häuser explizit einschränkende Kriterien wie Todesnähe, Urteilsfähigkeit und Information bezüglich Alternativen definieren⁸ oder ein explizites Verfahren festlegen, wie die Evaluation dieser Fälle vorgenommen werden soll⁹, wird andernorts nur auf die

Möglichkeit einer Lösung im Einzelfall verwiesen.¹⁰

Die Suizidbeihilfe wird somit in ihrer Legitimität und ihrer gesellschaftlichen Realität anerkannt, aber dennoch spiegeln die Regelungen in den Akutspitälern den Versuch wider, die Distanz der Medizin zur Suizidbeihilfe zu wahren. Es bleibt der Eindruck eines gewissen Unbehagens – die Suizidbeihilfe wird nicht grundsätzlich in Frage gestellt, doch möge sie lieber „vor den Toren“ bleiben.

Suizidbeihilfe und Medizin

Damit richtet sich der Blick auf eine der Kernfragen in der Diskussion, das Verhältnis von Suizidbeihilfe und Medizin. Auch hier lassen sich zwei gegensätzliche Positionen ausmachen, die bisweilen nicht ohne Polemik vorgetragen werden. Beide sehen den assistierten Suizid in engem Zusammenhang mit der Sterbehilfe. Die erste wird durch eine Forderung des Juristen Reinhard Merkel umrissen: „Sterbehilfe gehört in die klinische Praxis.“¹¹ Gerade die Medizin stünde angesichts ihrer Expertise im Umgang mit Sterbenden hier in der Pflicht. Zudem sei unklar, wieso Ärzte eine Sondermoral qua Berufsgruppe für sich reklamieren können sollten, die schon der Frage nach einer etwaigen moralischen Verpflichtung zur Beihilfe zuvorkomme.¹² Individuellen moralischen Bedenken könne schliesslich über eine Gewissensklausel Rechnung getragen werden.

Die zweite Position macht geltend, dass ein medizinischer Beitrag zur gezielten Lebensverkürzung einer vertrauensvollen Beziehung von Arzt bzw. Pflegenden einerseits und Patient bzw. Angehörigen andererseits abträglich sei. Solche Handlungen stünden im Widerspruch zum ärztlichen bzw. zum pflegerischen Ethos. Entsprechend formuliert der derzeitige Präsident der

⁶ Vgl. die Beiträge aus verschiedenen Schweizer Akutspitälern in diesem Heft.

⁷ Abweichend hierzu der Beitrag von Roberto Malacrida in diesem Heft, der auf der Basis einer skeptischen Einstellung gegenüber den Sterbehilfeorganisationen betont, dass Ärzte sterbewillige Patienten nicht im Stich lassen sollten.

⁸ So die Hôpitaux Universitaires de Genève, http://www.hug-ge.ch/actualite/communiqués_presse_detail_eid_137_lid_7.html.

⁹ Vgl. das Centre Hospitalier Universitaire Vaudoise Lausanne, http://files.chuv.ch/internet-docs/chuv/news/chuv_mag/chuv_chuvmag1_0604.pdf und Wasserfallen JB: Assistance au suicide en hôpital de soins aigus - Respecter la liberté du patient et du soignant. Schweizerische Ärztezeitung 87(20):895-8, 2006.

¹⁰ Vgl. das UniversitätsSpital Zürich, http://www.usz.ch/german/UeberUns/Medien/Medienmitteilungen/20070308_Suizidbeihilfe.htm.

¹¹ Vgl. „Sterbehilfe gehört in die klinische Praxis. Der Rechtsprofessor Reinhard Merkel plädiert für mehr Ehrlichkeit.“ NZZ Online, 3. März 2007, http://www.nzz.ch/2007/03/03/zh/article6nw_1.121856.html.

¹² Schöne-Seifert B: Ist Assistenz zum Sterben unärztlich? In: Holderegger A (Hrsg.): Das medizinisch assistierte Sterben. Freiburg i.Br./Freiburg i.Ue.: Herder/Universitätsverlag, 1999, 98–119.

deutschen Bundesärztekammer: „Der Patient hat das Recht zu sterben. Er hat aber nicht das Recht, getötet zu werden. Schon gar nicht von Ärzten.“¹³

Suizidbeihilfe und berufliches Ethos in der Schweiz

Standesrechtlich lassen sich in den Berufsgruppen verschiedene Entwicklungen ausmachen. Zwar konstatiert die gemeinsame Erklärung der Zentralvorstände des Schweizerischen Berufsverbands der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) und der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), „dass die Praxis der Tötung auf Verlangen und die Beihilfe zur Selbsttötung nicht Teil des medizinischen und pflegerischen Auftrags sind“.¹⁴ Dies wird seitens der Pflege in den Ethischen Standpunkten des SBK bekräftigt: „Beihilfe zum Suizid ist nicht Teil des pflegerischen Auftrags.“¹⁵

In den Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) über die Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende (2004) hingegen heisst es: „Auf der einen Seite ist die Beihilfe zum Suizid nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit, weil sie den Zielen der Medizin widerspricht.“¹⁶ Auf der anderen Seite jedoch sei die Achtung des Patientenwillens grundlegend für die Arzt-Patient-Beziehung. Diese Dilemmasituation erfordere eine persönliche Gewissensentscheidung des Arztes.

Das heisst konkret: Die Entscheidung, im Einzelfall Beihilfe zum Suizid zu leisten, ist zu respektieren. In jedem Fall hat der Arzt das Recht, Suizidbeihilfe abzulehnen. Entschliesst er sich zu einer Beihilfe zum Suizid, ist er für die

Prüfung der Voraussetzungen verantwortlich. Diese schliessen ein, dass die Erkrankung die Annahme rechtfertigt, dass das Lebensende nah ist; dass alternative Möglichkeiten der Hilfestellung erörtert und soweit gewünscht eingesetzt wurden; und dass der Patient urteilsfähig und der Wunsch wohlwogen, ohne äusseren Druck entstanden und dauerhaft ist, was durch eine unabhängige Drittperson überprüft wurde. Der letzte Akt der zum Tode führenden Handlung muss vom Patienten selbst durchgeführt werden, d.h. es bleibt eine klare Trennlinie zur Tötung auf Verlangen.¹⁷

Suizidbeihilfe durch Ärzte als Gewissensentscheid?

Hat diese Lösung, die Suizidbeihilfe nicht als Teil der ärztlichen Tätigkeit, aber als individuellen Gewissensentscheid zu respektieren und mit Sorgfaltspflichten zu versehen, die Goldene Mitte getroffen zwischen den Extrempositionen eines apodiktischen, der Kritik unzugänglichen Urteils über die moralische Verwerflichkeit des assistierten Suizids im Allgemeinen und der ärztlichen Beteiligung im Besonderen einerseits und einem von gesellschaftlichen und professionsbezogenen Realitäten und Risiken abstrahierenden Plädoyer für eine moralische Verpflichtung zur ärztlichen Beteiligung am Suizid andererseits?

Der Position kann in jedem Fall zugute gehalten werden, dass sie ein genuines Ringen um eine ethisch angemessene, begründbare und praktisch gangbare Lösung reflektiert. Wie jedoch soll der Achtung des Patientenwillens, die ja als Grundlage für eine tragfähige Arzt-Patient-Beziehung erachtet wird, durch eine dezidiert nicht-ärztliche Handlung als Privatperson Rechnung getragen werden? Ärzte sollen gemäss den Richtlinien Suizidbeihilfe nicht als Ärzte durchführen können, sondern nur als Privatpersonen – was ihnen allerdings qua Recht sowieso unbenommen ist, solange die Beihilfe nicht aus selbstsüchtigen Motiven erfolgt.¹⁸ Des weiteren bleibt die Tatsache bestehen, dass Suizidbeihilfe, auch sie wenn als individueller Gewissensentscheid unternommen wird, nach derzeitigen Standards ärztliche Tätigkeit erfordert, so für das

¹³ Hoppe J: Standpunkt: Sterbehilfe. Deutsches Ärzteblatt 102 (15): A-1084, 2005.

¹⁴ Erklärung der Zentralvorstände des Schweizerischen Berufsverbands der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) und der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH): Pflege und Behandlung in der Endphase des Lebens (2001), <http://www.sbk-asi.ch/webseiten/deutsch/8dokumente/Gemeinsame%20Erklärung.htm>.

¹⁵ Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK): Ethische Standpunkte 1, 2005, <http://www.sbk-asi.ch/webseiten/deutsch/4pflege/PDF/Ethische%20Standpunkte%201%20deutsch.pdf>.

¹⁶ http://www.samw.ch/docs/Richtlinien/d_RL_Lebensende.pdf, s. Abschnitt 4.1.

¹⁷ Ebd.

¹⁸ Vgl. StGB 115.

Rezeptieren des Barbiturats nach vorheriger Untersuchung,¹⁹ für das als Voraussetzung geforderte Erörtern oder Einsetzen von Alternativen sowie für Gutachten bezüglich Urteilsfähigkeit. Die in den Richtlinien dargestellte Lösung versucht also, der im Rahmen des Arzt-Patient-Verhältnisses zu respektierenden Patientenautonomie ggf. durch eine Handlung als Privatperson Rechnung zu tragen, wobei diese private Handlung zwar ärztliche Tätigkeiten einschliesst, gleichwohl insgesamt aber als Widerspruch zu den Zielen der Medizin gewertet wird und daher nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit sein soll.

Suizidbeihilfe durch Mitarbeiter im Akutspital?

Was bedeutet die eben skizzierte Position nun für die Beteiligung von Mitarbeiter eines Spitals an der Beihilfe? Die Haltung der Zentralen Ethikkommission der SAMW vom Januar 2007 lautet hierzu: „Die ZEK hat sich auch mit der Frage befasst, ob das Spitalpersonal bei der Suizidbeihilfe in irgendeiner Form involviert sein soll. Sie anerkennt einerseits [...], dass ein Arzt Suizidbeihilfe – im Sinn eines Beistandes – nicht delegieren kann oder will. Andererseits erachtet die ZEK die Beteiligung des Personals innerhalb einer Institution als problematisch, da die Gefühle des betreuenden Teams und der übrigen Patienten verletzt werden könnten; zudem besteht die Gefahr möglicher Interessenkonflikte. Die ZEK sieht es deshalb derzeit als nicht opportun an, dass sich das Personal eines Akutspitals auf irgendeine Weise an einer Suizidbeihilfe beteiligt.“²⁰

Nicht unerwartet offenbart diese Haltung ein gewisses Unwohlsein. Denn wenn Ärzte als Privatpersonen die nicht prinzipiell als moralisch verwerfliche betrachtete Suizidbeihilfe durchführen dürfen, nicht aber als Ärzte, sind bei Anfragen im Spital zumindest intrapersonale Konflikte vorprogrammiert. Zudem gerät sie in Begründungsnöte, will sie sich nicht in positivistischer Manier auf ein gleichsam in Stein gemeisseltes

ärztliches Ethos beziehen, so dass nur das relativ schwache Argument emotionaler Empfindlichkeiten und nicht weiter definierter Interessenkonflikte bleibt.

Trotz dieser Schwierigkeiten verdient die Position höchsten Respekt für ihren offenen Umgang mit der ihr zugrunde liegenden Ambivalenz und ihrer expliziten Bereitschaft zur Revision.

Suizidbeihilfe und die Ziele der Medizin

Eine der Schlüsselfragen der gesamten Debatte lautet also: Steht die Beihilfe zum Suizid im Widerspruch zu den Zielen der Medizin? Mit einer positiven Antwort auf diese Frage hatten ja die SAMW-Richtlinien ihre Ablehnung der Suizidbeihilfe begründet. Aber bedeutet die Suizidbeihilfe zu verweigern nicht, einen Patienten in einem der schwersten Momente allein zu lassen? Oder wird der Patient nicht doch im Stich gelassen, wenn der Arzt einem Suizidwunsch nicht dezidiert und unnachgiebig Paroli bietet?

Die Antwort auf diese Frage ist nicht irgendwo nachzulesen, sondern muss immer wieder neu erarbeitet werden. Sie kann je nach gesellschaftlichem und kulturellem Kontext unterschiedlich ausfallen und hängt auch von den Erwartungen derjenigen ab, die die Medizin in Anspruch nehmen.

Sollte sich ein Konsens für die Unvereinbarkeit der Suizidbeihilfe mit den Zielen der Medizin weiter etablieren, bestünde in der Schweiz entweder die Option, mit der bestehenden pragmatischen Lösung fortzufahren (Ärzte, die an der Suizidbeihilfe beteiligt sind, agieren als Privatpersonen und bewegen sich – häufig kontrafaktisch - ausserhalb des Rahmens ärztlicher Tätigkeit) oder aber ärztliche Tätigkeiten wie Rezeptierung um der Konsistenz willen einzustellen, verbunden mit dem Verlust der Möglichkeit, Qualitätsstandards in diesem Bereich mitzutragen und zu heben.

Sollte die Beihilfe nicht notwendigerweise als Widerspruch zu den Zielen der Medizin gewertet werden, löst sich das von den SAMW-Richtlinien beschriebene Dilemma auf (Ziele der Medizin versus Achtung vor dem Patientenwillen) und es eröffnet sich die Möglichkeit der Integration der ärztlichen Beihilfe zum Suizid in

¹⁹ Vgl. das Urteil des Bundesgerichts BGE 133/58 vom 3. November 2006.

²⁰ Suizidbeihilfe in Akutspitalern: Die Haltung der Zentralen Ethikkommission der SAMW, http://www.samw.ch/docs/Stellungnahmen/d_Suizidbeihilfe.pdf.

den Bereich standesrechtlich legitimerter ärztlicher Tätigkeit, unter zu definierenden Voraussetzungen.

Wie weiter?

Wenn auch einerseits potentielle und faktische Patienten das in einer Gesellschaft vorherrschende Verständnis der Ziele der Medizin mitgestalten, so ist andererseits eine Integration der Suizidbeihilfe in den Bereich ärztlicher Tätigkeiten gegen den Willen der Ärzteschaft nicht denkbar. Zudem kann Suizidbeihilfe nur in einer Gesellschaft, die sich zutraut, sich bezüglich der Grenzen zu verständigen und den Missbrauch zu

kontrollieren, eine valable moralische Option sein.

Es ist also ein fortlaufender, sachlicher, offener, partizipativer Diskurs vonnöten, dessen Ergebnisse auf nachvollziehbaren Argumenten beruhen und im Lichte neuer Erkenntnisse oder geänderter Voraussetzungen prinzipiell reversibel sind. Die Richtlinien der SAMW bieten eine gute Basis für ein solches Unterfangen. Zugleich ist damit die Gelegenheit gegeben zu einer konstruktiven Auseinandersetzung und gesellschaftlichen Selbstvergewisserung bezüglich unserer Vorstellungen von einem „gelingenden Sterben“ und einem „guten Tod“.

Symposium «An den Grenzen des Vorhersehbaren»

Beiträge aus Medizin, Ethik, Theologie und Religionswissenschaft

13.-15. Dezember 2007, Zürich

Die Tagung verfolgt das Ziel, die Kontingenzproblematik in unterschiedlichen fachlichen Diskursen aufzurollen und deren Bedeutung in einem interdisziplinären Austausch neu wahrzunehmen. Beiträge aus der Medizin, der Ethik, der Theologie und der Religionswissenschaft sollen das Thema der Grenzen des Vorhersehbaren in einen aktuellen wissenschaftlichen Kontext rücken.

Wie geht man in den verschiedenen wissenschaftlichen Umfeldern mit dem Problem der Unvorhersehbarkeit um? Welche Strategien werden in der Auseinandersetzung mit diesen Grenzen der Vorhersehbarkeit entwickelt?

Das sind die zentralen Fragen, um die sich das Programm der Tagung entfalten wird.

Informationen: www.tagung-grenzen.ch.vu

Symposium «Aux limites du prévisible»

Apports de la médecine, de l'éthique, de la théologie et des sciences des religions

13-15 décembre 2007, Zurich

Le colloque se donne pour but de thématiser la question de la contingence selon les différents discours des disciplines et de permettre ainsi une saisie de ses enjeux dans un échange interdisciplinaire. Des apports de la médecine, de l'éthique, de la théologie et des sciences des religions contribueront à placer le thème des limites du prévisible dans un contexte scientifique d'actualité.

Comment se confronte-t-on au problème de l'imprévisibilité dans les différents contextes scientifiques? Quelles stratégies développe-t-on dans l'effort de prendre en compte ces limites du prévisible? Telles sont les questions fondamentales autour desquelles s'articulera le programme du colloque.

Informations: www.tagung-grenzen.vu.ch

Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV)

Directive institutionnelle concernant l'assistance au suicide

Une demande d'assistance au suicide est la plupart du temps liée à une souffrance intense de la personne qui l'exprime, souvent en association avec une perte de sens à sa vie. Cette demande doit recevoir une écoute attentive de la part des soignants, et une réponse appropriée, qui s'inscrivent dans la politique de notre établissement de soins.

Cette directive institutionnelle a été élaborée, pour rappeler les principes qui s'appliquent, et la procédure à suivre pour répondre correctement à cette demande. Les présentes directives s'inscrivent spécifiquement dans le cadre juridique suisse, qui définit à l'art. 115 du Code Pénal que « celui qui, poussé par un mobile égoïste, aura incité une personne au suicide, ou lui aura prêté assistance en vue du suicide, sera, si le suicide a été consommé ou tenté, puni de la réclusion pour cinq ans au plus ou de l'emprisonnement ». A défaut de mobile égoïste, l'accompagnement au suicide n'est donc pas punissable.

Les présentes directives tiennent compte des directives et recommandations de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (Directives médico-éthiques pour la prise en charge des patients en fin de vie (2004)), de celles de la Commission Nationale d'Éthique (2005), de la position éthique no 1 de l'Association suisse des infirmières et infirmiers (2005), et de l'avis de la Commission d'éthique des Hospices-CHUV. Les différentes définitions des concepts en relation avec ce sujet figurent en annexe.

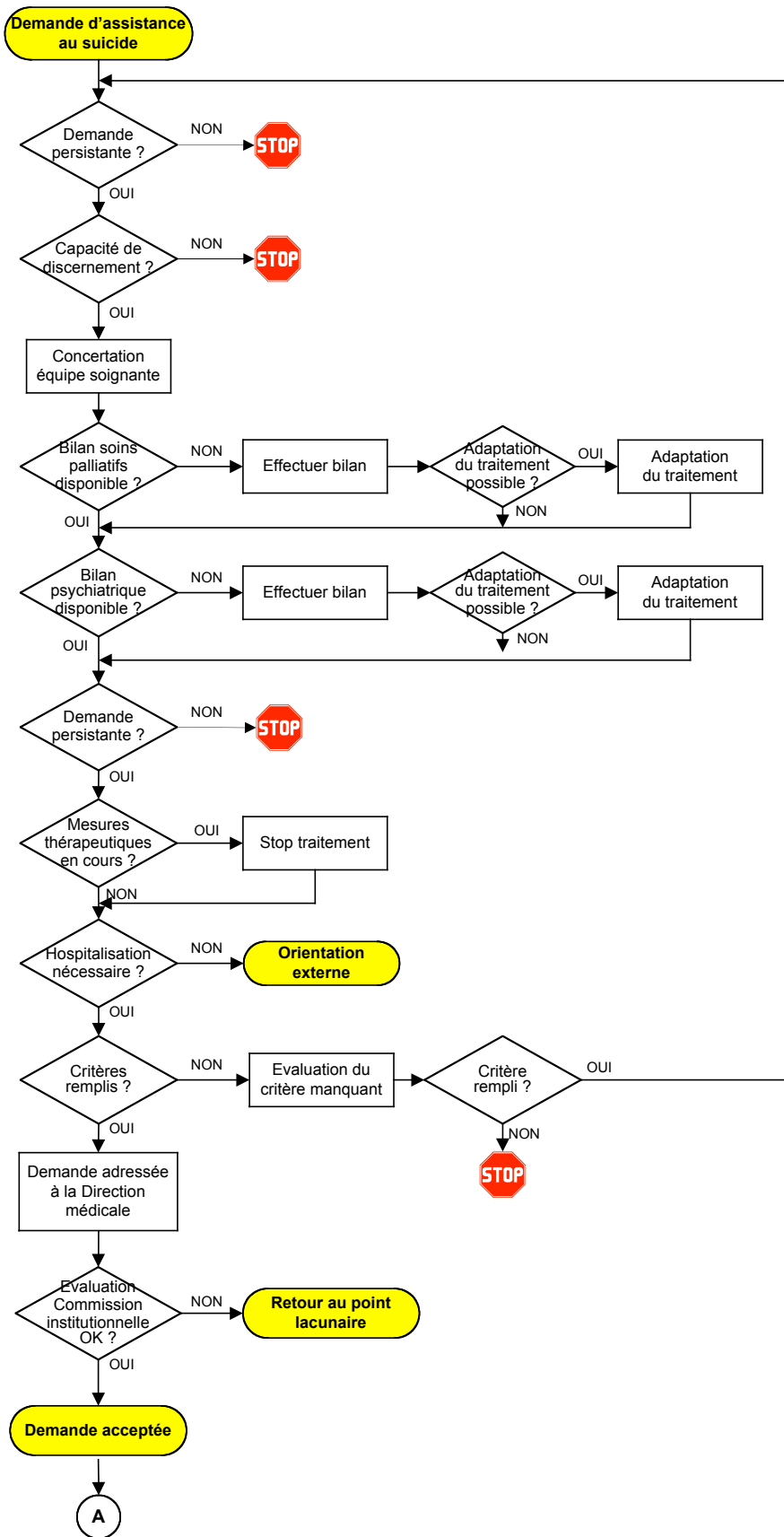
PRINCIPES

1. Les Hospices/CHUV sont une institution qui a pour mission l'amélioration de la santé des patients par administration de soins, et le cas échéant, l'accompagnement des personnes ne pouvant être guéries.
2. Tout patient hospitalisé peut disposer librement de sa personne. Le respect de sa volonté est essentiel dans l'action médicale. Un traitement contre la volonté exprimée du patient capable de discernement est inadmissible et contraire à la loi.
3. Le séjour à l'hôpital ne constitue qu'une étape dans le parcours de vie du patient. Son objectif est une amélioration de l'état de santé par administration de soins, auxquels le patient peut renoncer s'il le désire. Dans ce cas, il retourne à domicile ou dans l'institution qui l'héberge.
4. Dans certains cas toutefois, le retour du patient à domicile ou en institution n'est pas possible pour des raisons médicales ou médico-sociales. Dans une telle situation, le patient ne devrait pas être privé de la liberté d'exercer son principe d'autonomie, par analogie avec ce qui pourrait se passer s'il vivait à domicile ou en institution. **C'est uniquement dans ce contexte particulier que l'hôpital peut envisager de donner suite à une demande d'assistance au suicide.**
- 5.1 Les associations d'assistance au suicide ne peuvent pas imposer leur présence, et à plus forte raison leur intervention, à l'hôpital. En conséquence, leurs membres sont admis en qualité de visiteurs et ne peuvent avoir accès au dossier du patient ou à un représentant du personnel soignant qu'avec l'accord de celui-ci. Par souci de transparence, ces visites doivent être annoncées à l'ICUS.
- 5.2 Les associations d'assistance au suicide ne peuvent être invitées à intervenir à l'hôpital que lorsque le patient remplit les critères définis par l'institution (cf check-liste des critères p.4) pour admettre une assistance au suicide.
- 5.3 Dans la mesure où l'objectif du séjour à l'hôpital est une amélioration de l'état de santé par administration de soins, comme décrit sous point 3 ci-dessus, le rendez-vous en vue du suicide assisté avec une association d'assistance au suicide qui aurait été pris par le patient en vue du suicide assisté, préalablement à son hospitalisation, ne peut pas être honoré et doit donc être reporté. Ces informations seront communiquées aux associations d'assistance au suicide.

PROCEDURES

1. Evaluation d'une demande d'assistance au suicide
2. Mise en œuvre d'une assistance au suicide

1. Evaluation d'une demande d'assistance au suicide



Responsable de l'activité	Moyens/ Documents
Médecins et infirmières du service	
Médecins et infirmières du service	Directive institutionnelle « Appréciation de la capacité de discernement »
Médecins et infirmières du service	Directive institutionnelle « Prise en charge complexe d'un patient »
Médecins et infirmières du service + soins palliatifs	
Médecins et infirmières du service + psychiatre de liaison	
Médecins et infirmières du service	
Médecins et infirmières du service	
Médecins et infirmières du service + infirmière de liaison	
Médecins et infirmières du service	Directive institutionnelle « Orientation des patients au sortir de l'hôpital »
Médecins et infirmières du service	Evaluation des critères de demande d'assistance au suicide (check-liste)
Médecins et infirmières du service Commission institutionnelle	Lettre
	Evaluation des critères de demande d'assistance au suicide (check-liste)

ORGANISATION

L'équipe soignante en charge du patient est informée du désir du patient.

1. Le médecin traitant hospitalier vérifie le désir du patient, en consultant son médecin traitant externe, avec l'accord du patient.

En cas d'hésitation : reporter la décision.

2. Le médecin traitant hospitalier vérifie la capacité de discernement du patient.

En cas d'incapacité : stop.

A noter que l'existence de directives anticipées est sans effet puisqu'elles ne s'appliquent qu'en cas d'incapacité de discernement, mais qu'une demande d'assistance au suicide nécessite la capacité de discernement et la participation active du patient.

3. L'équipe soignante se réunit pour définir une stratégie commune face à la demande du patient, selon la directive Prise en charge complexe d'un patient. Cette attitude est validée par les cadres du service.

4. Le médecin traitant hospitalier sollicite une évaluation du service des soins palliatifs (y compris de la dimension spirituelle), pour adapter le traitement si nécessaire (à moins que le patient ne la refuse formellement). Dans ce dernier cas, une discussion entre l'équipe médicale et l'équipe des soins palliatifs sans évaluation directe du patient pourrait apporter un certain nombre d'éléments et de propositions utiles à la prise en charge. La famille est tenue au courant de la situation et peut à tout moment demander à voir l'équipe soignante et/ou le spécialiste consultant. De même, l'équipe soignante peut avoir recours au spécialiste consultant ou au bureau de la commission d'éthique en tout temps. L'évaluation est supervisée par le responsable du service.

5. Le médecin traitant hospitalier sollicite une évaluation du service de psychiatrie de liaison pour adapter le traitement si nécessaire (à moins que le patient ne la refuse formellement). Dans ce dernier cas, une discussion entre l'équipe médicale et l'équipe de psychiatrie de liaison sans évaluation directe du patient pourrait tout de même apporter un certain nombre d'éléments et de propositions utiles à la prise en charge. La famille est tenue au courant de la situation et peut à tout moment demander à voir l'équipe soignante et/ou le spécialiste consultant. De même, l'équipe soignante peut avoir recours au spécialiste consultant ou au bureau de la commission d'éthique en tout temps. L'évaluation est supervisée par le responsable du service.

6. Le médecin traitant hospitalier vérifie que le désir du patient persiste après ces deux évaluations et que les éventuels traitements qui ont été instaurés ont pu faire leur effet.

7. Le médecin traitant hospitalier évalue si des mesures thérapeutiques sont en cours. Si c'est le cas, ces mesures sont interrompues, avec l'accord du patient, dûment informé des conséquences de cette décision.

8. Le médecin traitant hospitalier évalue si l'hospitalisation est nécessaire. Si ce n'est pas le cas, le patient est orienté vers l'extérieur selon la directive institutionnelle Orientation des patients au sortir de l'hôpital.

9. Si un retour à domicile ou en institution n'est pas possible, le médecin traitant hospitalier vérifie si le patient remplit les critères d'entrée en matière pour une assistance au suicide (cf check-liste). Si ce n'est pas le cas, le critère manquant est évalué. S'il peut être rempli, la procédure recommence. Sinon, stop.

10. Si les critères sont remplis, le médecin traitant hospitalier remplit la check-liste d'évaluation des critères de demande d'assistance au suicide et l'adresse à la Direction médicale.

11. La Direction médicale convoque la Commission d'Evaluation Institutionnelle (composée d'un membre de la Direction médicale, un membre de la Direction des soins, et de 2 membres du Bureau de la Commission d'éthique) pour évaluer avec l'équipe soignante la demande dans les 48 heures après sa réception. Un représentant de la Commission au moins s'entretient avec le patient et vérifie que l'ensemble des critères de la check-liste d'évaluation des critères de demande d'assistance au suicide sont bien remplis.

Si un critère n'est pas rempli, le point lacunaire est revu.

Si l'ensemble des critères est rempli sans doute aucun, la demande d'assistance au suicide est acceptée et cette décision communiquée par la Commission par écrit au chef de service et à son infirmière cheffe de service, et consignée dans le dossier du patient. Le médecin cantonal en est averti par la Direction médicale, de même que le président de l'association d'assistance au suicide si le patient est membre de cette association, ou le médecin extérieur choisi par le patient, le cas échéant. La mise en œuvre s'effectue selon la procédure « Mise en œuvre d'une démarche d'assistance au suicide ».

**EVALUATION DES CRITÈRES DE DEMANDE D'ASSISTANCE AU SUICIDE
(check-liste)**

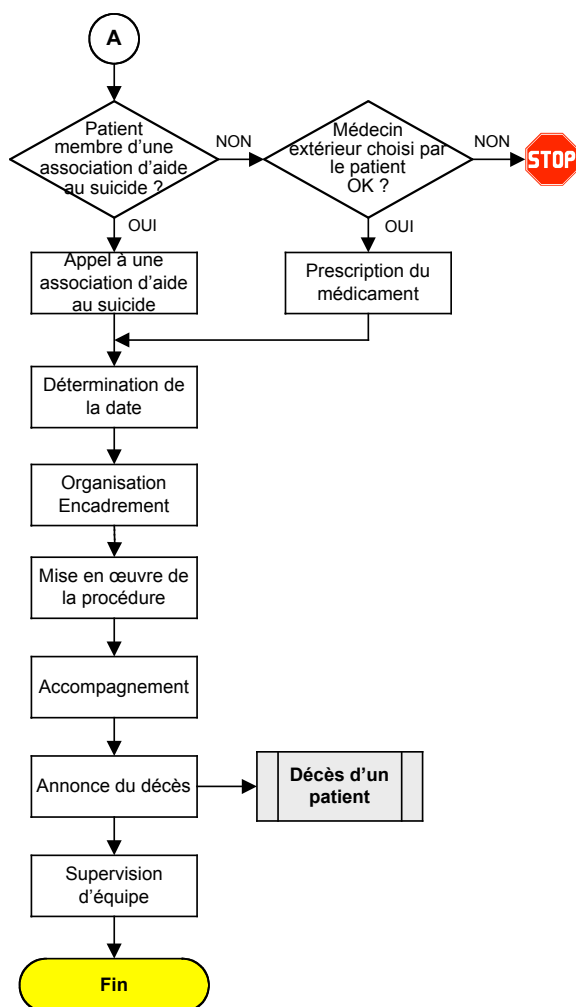
	Oui	Non	Date de l'évaluation	Visa
1. Demande persistante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Capacité de discernement conservée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bilan soins palliatifs effectué refus du patient <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bilan psychiatrique effectué refus du patient <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Demande persistante après optimisation du traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Absence de traitement support vital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hospitalisation nécessaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Critères d'assistance au suicide remplis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Evaluation de la Commission d'Evaluation Institutionnelle avec entretien avec patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Accord de la Commission d'Evaluation Institutionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Code-barre

2. Mise en œuvre d'une demande d'assistance au suicide

PRINCIPES

1. La mise en œuvre d'une demande d'assistance au suicide n'est envisagée que si l'évaluation de la demande a été faite conformément à la procédure prévue, et que la check-liste a été validée par le bureau de la Commission d'éthique.
2. Dans un souci de continuité de prise en charge, la procédure de mise en œuvre d'une demande d'assistance au suicide s'effectue dans le service d'hospitalisation dans lequel se trouve le patient.
3. Aucun membre du personnel soignant (médical, infirmier, aide soignant) ne peut être contraint de participer à la procédure de mise en œuvre d'une demande d'assistance au suicide.
4. La procédure de mise en œuvre d'une demande d'assistance au suicide s'effectue exclusivement de jour, week-end et jours fériés exclus.
5. Le médicament nécessaire est fourni au patient ou par l'accompagnateur de l'association d'aide au suicide ou par le médecin extérieur choisi par le patient si le patient n'est pas membre d'une organisation d'assistance au suicide.
6. Une fois le médicament ingéré, cette attitude ne peut pas être modifiée, même si les changements d'horaires font intervenir de nouvelles personnes, qui peuvent avoir une attitude différente face à la situation. Le service s'arrange pour pouvoir respecter le point 3 dans ce nouvel horaire aussi.
7. Le décès après la procédure de mise en œuvre d'une demande d'assistance au suicide est considéré comme mort violente et annoncé selon la procédure prévue dans ce genre de situation (cf directive institutionnelle « Mesures à prendre en cas de décès d'un patient »).



Responsable de l'activité	Moyens/ Documents
Patient	Carte de membre
Médecin d'une association d'aide au suicide	
Médecin extérieur choisi par le patient	Ordonnance
Cadre soignant	
Accompagnant d'une association d'aide au suicide ou médecin extérieur choisi par le patient	Dossier de soins
Médecin du service Infirmière	Dossier de soins
Médecin	Certificat de décès Procédure Décès d'un patient
Chef de service, ICS et psychiatre de liaison	

ORGANISATION (suite)

1. Si le patient est membre d'une association d'assistance au suicide, il organise le rendez-vous avec l'organisation, et informe l'équipe soignante de la date et de l'heure de ce rendez-vous, week-end et jours fériés exclus.
2. Dans le cas contraire, le patient prend contact avec le médecin extérieur de son choix qui accepte ou refuse la demande. En cas d'acceptation, la date et l'heure sont déterminées d'entente avec l'équipe soignante, exclusivement de jour, week-end et jours fériés exclus. L'ordonnance nécessaire est rédigée par le médecin extérieur choisi par le patient
3. Le cadre soignant réserve une chambre/salle dans le service hébergeant le patient, où il puisse être seul accompagné des personnes de son choix.
4. Le représentant de l'association d'assistance au suicide ou le médecin extérieur choisi par le patient apporte le médicament au patient. Il est présent lorsque le patient l'ingère.
5. L'accompagnement du patient est réalisé exclusivement dans le service concerné et sans mesure additionnelle par le représentant de l'association d'assistance au suicide ou par le médecin extérieur choisi par le patient. La famille peut naturellement être présente. Le personnel soignant (médical et/ou infirmier) est libre de participer à l'accompagnement du patient.
6. Une fois le patient décédé, le représentant de l'association d'assistance au suicide ou le médecin extérieur choisi par le patient en avise l'équipe soignante.
7. L'infirmière appelle le médecin traitant hospitalier, qui constate le décès, et coche « mort violente » sur le certificat de décès. Sans toucher le corps, il avertit la police en mentionnant qu'il est avec un représentant de l'association d'assistance au suicide en demandant deux inspecteurs en civil, le Juge d'instruction et le juriste des Hospices-CHUV, conformément à la directive institutionnelle Décès d'un patient.
8. Une fois l'enquête de la police et du Juge d'instruction terminée, l'équipe soignante transporte le corps à la morgue selon la procédure habituelle (directive institutionnelle « décès d'un patient » et technique de soins « décès, préparation du corps »).
9. Le chef de service et l'infirmière cheffe de service évaluent avec le Service de psychiatrie de liaison quel soutien est à apporter à l'équipe soignante. Le Bureau de la Commission d'Ethique et les directions médicales et des soins se tiennent en appui si nécessaire.

Commentaire

Carlo Foppa, CHUV

Dès le 1^{er} janvier 2006 le CHUV a admis que des associations pratiquant le suicide assisté puissent exercer leur activité au sein de l'hôpital dans des cas exceptionnels, notamment lorsque le patient, en fin de vie, ne peut pas rentrer à domicile.

Contrairement à un certain alarmisme, il n'y a pas eu d'épidémie de suicides assistés : les demandes formelles depuis 2006 s'élèvent à moins d'une dizaine, avec 6 demandes entre janvier et juillet 2006. Un seul cas s'est conclu avec un suicide assisté dans une institution liée aux Hospices-CHUV, mais logistiquement ailleurs. Donc aucun suicide assisté au sein du CHUV à ce jour. Sur les 6 patients ayant demandé une assistance au suicide, 5 sont décédés avant.

A la suite de la médiatisation de la décision du CHUV, de nombreuses demandes sont parvenues de l'étranger, de la part notamment de patients en phase plus ou moins terminale (aucun bilan n'ayant été effectué au CHUV, on ne

peut se baser que sur les informations reçues) dont le souhait était de se faire hospitaliser au CHUV dans le seul but de réaliser leur projet. Tous ces cas ont été considérés comme non recevables, justement parce que selon la directive institutionnelle, aucune patient (étranger ou non) ne peut être admis à l'hôpital dans ce but.

Par-delà les faits, il est peut être nécessaire et utile de bien saisir la disposition vaudoise en la matière qui a constitué une première Suisse.

Le débat sur la question a été lancé en 2002 lorsque la Commission d'Ethique de l'Ensemble Hospitalier de la Côte (Morges et région) a publié dans *Médecine & Hygiène* (aujourd'hui *Revue Médicale Suisse*) sa prise de position favorable à l'assistance au suicide dans ses institutions, cela à des conditions précises évidemment.

Comme tout autre avis d'une commission d'éthique clinique, celui-là aussi avait une valeur consultative. Il était donc du ressort de la Direction de définir la politique concrète à mettre en

œuvre. Dans les faits, pour des raisons liées à la sensibilité du sujet, l'Ensemble Hospitalier de la Côte n'a toujours pas à ce jour (2007) de procédure formelle à suivre en cas de demande d'assistance au suicide.

En 2002 par ailleurs, le Département de la Santé interpelle formellement la Commission d'Éthique clinique (CE) du CHUV pour qu'elle se détermine sur la question en ce qui concerne le principal hôpital universitaire du canton.

Ainsi donc dès 2003 la CE du CHUV s'est réunie à plusieurs reprises afin d'aboutir à une réponse consensuelle sur la question. A la suite d'innombrables réunions pendant environ une année, un avis favorable de principe était enfin transmis au chef du Département à la fin octobre 2003. L'avis de la CE a ensuite été discuté par les autorités et a reçu le feu vert du Conseil d'Etat.

Comme tout autre avis d'une CE clinique, celui portant sur l'assistance au suicide, avait lui aussi une valeur consultative. Il revenait donc à la Direction de l'hôpital de définir les modalités d'application de l'avis une fois obtenu le feu vert du Conseil d'Etat.

Il faut souligner d'emblée le pluralisme et l'interdisciplinarité de la CE qui, à vrai dire et au vu de la complexité du sujet, a mené une réflexion conjointe avec la CE de la psychiatrie.

Courant 2004, deux journées de réflexions et débats ont été organisées par le CHUV sur l'assistance au suicide. Tout le personnel y était invité ainsi que des experts externes : les deux occasions ont ainsi permis, à qui le souhaitait, de manifester son avis sur le sujet.

A la fin 2004 la Direction annonçait explicitement la position institutionnelle qui était un « Non, mais.. » et chargeait donc un groupe de travail interne d'élaborer des directives institutionnelles avec un délai de six mois.

Composé de 11 personnes de provenance et d'avis différents, le groupe de travail s'est réuni à plusieurs reprises avant d'aboutir à la formalisation de la directive institutionnelle qui régleme les cas de demandes d'assistance au suicide. La directive était enfin approuvée pendant l'automne 2005 et ensuite transmise pour connaissance à la CE.

Finalement dès le 1^{er} janvier 2006 le CHUV admet la possibilité de l'assistance au suicide dans des circonstances exceptionnelles.

Le principe de cette directive est que, dans la mesure du possible, le suicide ait lieu au domicile du patient. Seulement le patient ne peut pas rentrer chez lui - lorsque pour des raisons cliniques ou en l'absence d'un domicile- l'hôpital admet alors que des associations d'assistance au suicide puissent aider des patients à réaliser leur projet de suicide *intra muros*.

Dans la même directive il est explicitement rappelé au point 1 des principes que le but poursuivi par le CHUV demeure celui de soigner et d'améliorer l'état de santé des patients et, si nécessaire, de les accompagner jusqu'à la mort au cas où les traitements seraient futiles. L'exception admise se justifie dès lors sur la base d'un principe de non discrimination : si chaque citoyen peut en aider un autre à se suicider (et il ne sera pas puni si son mobile n'est pas de nature égoïste, art 115 CP), alors on ne voit pas pourquoi cette règle ne s'appliquerait pas aux citoyens hospitalisés. Il est bien entendu nécessaire que cette pratique soit encadrée par une procédure stricte et, *de facto*, la démarche à suivre pour la personne souhaitant se suicider à l'hôpital est tout sauf simple. Ceci paraît somme toute assez compréhensible puisqu'un hôpital public ne peut pas se permettre d'approximation ni encore moins le risque de bavures. On pourrait d'ailleurs se demander si, dans ce sens, l'hôpital public ne devrait pas offrir une garantie de qualité même pour les prestations qu'il délègue à d'autres.....

Récemment, les médias ont communiqué la décision de l'hôpital de Zurich de ne pas admettre l'assistance au suicide en laissant entendre, par là, que la politique menée à Zurich serait radicalement différente de celle pratiquée à Lausanne ou Genève. Dans la réalité, du moins si on s'en tient à certains communiqués de presse, le Non zurichois apparaît bien moins catégorique qu'il n'en a l'air. En effet Swisspolitics.org affirme ceci : « Dans le cas où le patient qui souhaite mourir n'est plus en état de quitter sa chambre, l'USZ s'efforcera de trouver une solution individuelle, a dit Urs-Martin Lütolf, le directeur de la clinique de radio-oncologie. Il s'agira de trouver un compromis entre toutes les personnes impliquées »¹.

¹ www.swisspolitics.org consulté le 5 avril 2007

Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)

Recommandations du Conseil d’Ethique Clinique des HUG concernant l’assistance au suicide

Concernant l’autorisation ou l’interdiction de l’assistance au suicide au sein des HUG, nous recommandons que les HUG n’autorisent l’assistance au suicide dans leurs murs que pour un patient dépourvu de domicile ou dans l’impossibilité d’y retourner, dans certaines conditions strictement définies, et à condition qu’aucun soignant ou médecin des HUG n’intervienne directement dans la réalisation du geste.

Nous recommandons que les HUG ne prennent pas position en tant qu’acteur dans le débat public sur l’assistance au suicide. L’hôpital public étant au service d’une société pluraliste sur la question de l’assistance au suicide, une position pour ou contre l’assistance au suicide s’éloignerait de l’accueil de la pluralité qui est au cœur de la mission de notre institution.

Justification

L’assistance au suicide ne doit jamais être banalisée. Il arrive qu’elle soit la dernière solution envisageable pour une personne en détresse, et le lui interdire constituerait une prise de pouvoir illégitime sur sa vie. D’autre part, l’assistance au suicide est en tension avec la mission centrale des soignants, fondamentalement tournée vers l’amélioration de la vie.

L’hôpital public est un lieu de soins dont l’accès doit être ouvert à tous sans distinction. Sa mission est fondée sur la prise en charge, au mieux de ses capacités, de toute détresse humaine directement liée à la maladie. Le rejet des personnes qui, lors d’un séjour hospitalier, formuleraient une demande d’assistance au suicide, est donc incompatible avec la mission centrale de notre institution.

L’hôpital public a le devoir de vérifier si les exigences tant juridiques que déontologiques des soignants sont respectées. L’hôpital public peut en outre avancer jusqu’à un certain point un droit à l’objection de conscience institutionnelle vis-à-vis de l’assistance au suicide. Elle peut donc exiger un retour à domicile en vue de l’assistance au suicide, lorsque ce retour est raisonnablement possible. Elle peut également interdire à ses employés de pratiquer eux-mêmes une assistance au suicide dans l’exercice de leurs fonctions. Concernant l’assistance au suicide par des personnes extérieures à l’institution, l’objection de conscience institutionnelle doit cependant trouver sa limite face aux patients dont la demande d’assistance au suicide persiste malgré l’exploration des alternatives, et qui ne peuvent raisonnablement pas rentrer à domicile pour mettre fin à leurs jours.

Implications

Tout **patient** qui demanderait une assistance au suicide doit être écouté sans a priori. Une aide doit lui être offerte le cas échéant pour clarifier sa demande et ses raisons. Il doit être informé des possibilités d’assistance alternative, notamment par la palliation de sa souffrance par des équipes formées à cet effet. **La demande ne doit pas être motivée par une pathologie psychiatrique.** Si la demande d’assistance au suicide persiste, elle doit être accueillie avec respect. Une solution doit être élaborée en concertation avec l’équipe et le patient, en tenant compte du fait que si un retour à domicile est raisonnablement possible, l’accompagnement et le soutien offerts au patient iront dans ce sens. Si le retour à domicile n’est raisonnablement pas possible, l’assistance au suicide pourra avoir lieu au sein de l’hôpital. Les soignants peuvent vivre l’assistance au suicide comme un problème de conscience grave. Il est donc capital de :

- Clarifier les raisons pour lesquelles il leur est interdit de participer directement à l’assistance au suicide, notamment la prescription, la préparation, ou la mise à disposition du patient, de substances létales.
- Distinguer trois ordres d’intervention des soignants envers un patient qui demande une assistance au suicide:
 - i. L’accompagnement du patient et les soins, y compris les entretiens nécessaires à la clarification de la demande, qui font partie de la mission des soignants et est exigible de chacun. Une personne qui s’opposerait à l’assistance au suicide devrait néanmoins pouvoir participer à de tels entretiens car ils constituent des gardes fous destinés notamment à protéger les personnes vulnérables et prendre en compte la souffrance exprimée par le patient.
 - ii. La participation directe à l’assistance au suicide, notamment la prescription, la préparation, ou la mise à disposition du patient, de substances létales, qui est proscrite;
 - iii. La participation indirecte à l’assistance au suicide, comme la présence auprès du patient lorsqu’il réalise son geste, dans la perspective de ne pas interrompre l’accompagnement. Une telle participation n’est en aucune manière exigible des soignants, mais les soignants qui y verraient une manière d’exprimer leur compassion avec le patient doivent être respectés et ne peuvent être sanctionnés.

Il est également important qu'en règle générale et dans la mesure du possible, l'appel à un intervenant extérieur qui pratiquera l'assistance au suicide doit être réalisé par le patient.

L'objection de conscience individuelle ne peut s'exercer qu'à titre personnel et pour la mise en oeuvre d'une implication indirecte.

L'**institution** doit pouvoir rendre compte que les conditions qu'elle a requise pour la pratique de l'assistance au suicide soient remplies. Il importe donc qu'une procédure soit codifiée et que son application soit documentée et périodiquement évaluée, voire corrigée. Une proposition de procédure est présentée en annexe. Le Conseil d'Ethique Clinique, ou une autre instance définie par l'institution, doit être sollicité pour aider les soignants à analyser toute demande d'assistance au suicide qui semble remplir les critères établis. Toute instance appelée à remplir ce rôle devrait à notre avis comporter une représentation multidisciplinaire du Conseil d'Ethique Clinique. Le Conseil d'Ethique Clinique peut également être sollicité en cas de doute sur la présence des critères établis. La position de l'institution doit être communiquée au public, aux patients, et aux employés de manière claire et maîtrisée. La difficulté pour les soignants placés dans ces situations nécessite la mise en route d'une formation spécifique sur l'approche d'un malade demandant une assistance au suicide, et la mise à disposition d'un système de supervision.

En raison de la difficulté que représente une demande d'assistance au suicide pour les soignants, l'institution doit également prévoir la mise en route d'une formation spécifique, destinée aux soignants, sur l'approche d'un malade demandant une assistance au suicide.

Entretien médico-infirmier

Dans la mesure du possible, cet entretien a lieu avec les référents, médical et infirmier, du patient.

Evaluation de la capacité de discernement

Cette évaluation doit être spécifique à la décision d'une assistance au suicide. Elle est réalisée par un médecin expérimenté, accompagné d'un autre soignant, ou autre témoin neutre. Elle a lieu lors de la demande et à nouveau avant que l'assistance au suicide n'ait lieu. Une consultation de psychiatrie doit être demandée en complément en cas de doute sur l'impact d'une pathologie psychiatrique sur la capacité de discernement. Un patient qui rentrera à domicile a le droit de refuser l'évaluation de sa capacité de discernement. Si l'on considère, sur la base de l'évaluation de la capacité de discernement qu'un patient qui rentrerait à domicile est incapable de discernement, son retour à domicile en vue d'une assistance au suicide devra être remise en cause.

Absence de pression extérieure

Une telle décision doit être prise librement, hors d'une contrainte, y compris financière, qui rendrait inauthentique le choix du patient.

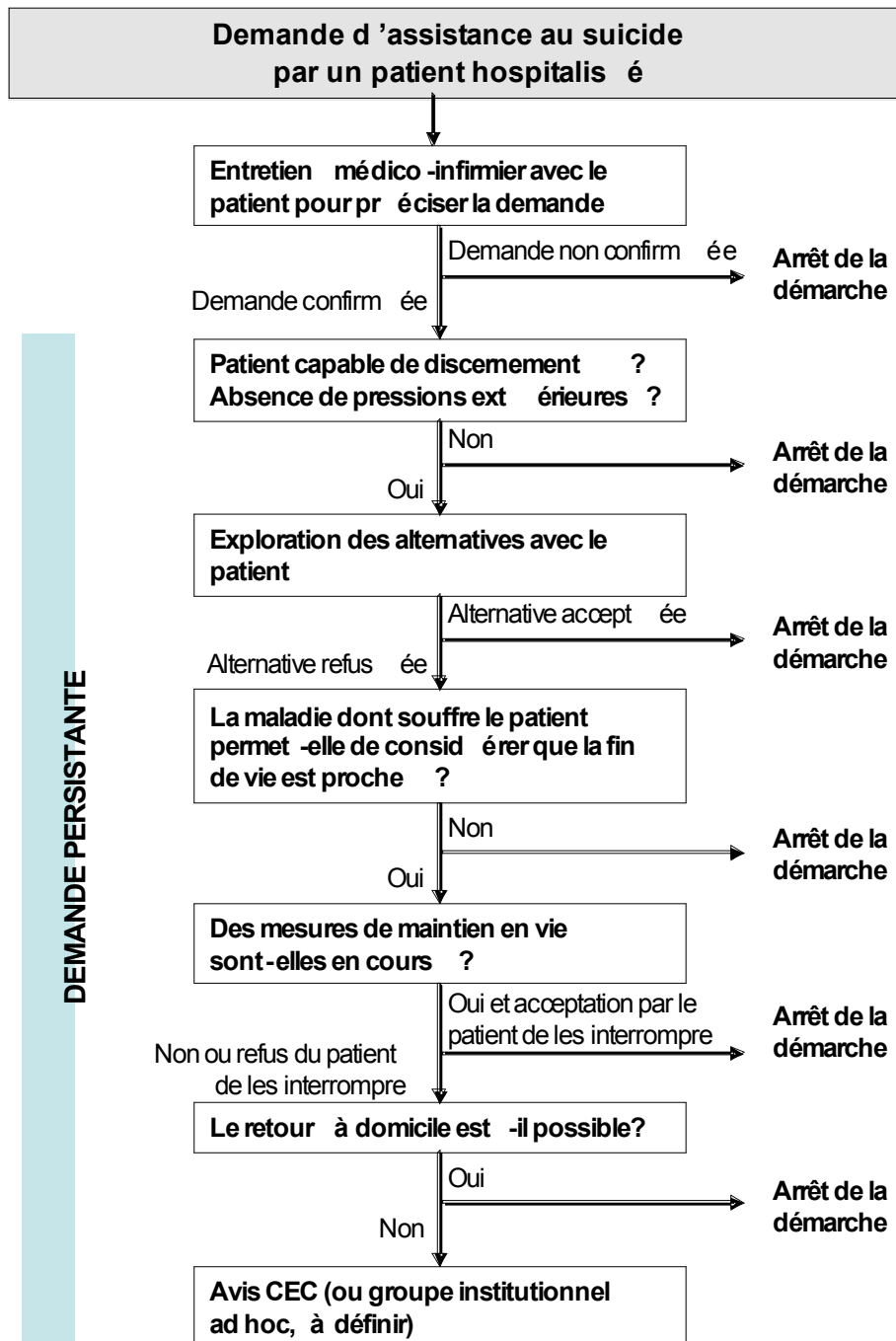
Exploration des alternatives

Les réponses possibles à la souffrance exprimée par le patient, qu'elle soit physique, psychologique, sociale, ou spirituelle, doivent être évaluées et mises à sa disposition. Elles peuvent inclure notamment l'intervention de spécialistes des soins palliatifs, de la psychiatrie, des services sociaux, de l'aumônerie, mais également toute autre expertise jugée utile dans le cas concret. Le patient doit être informé clairement et complètement de ces alternatives dans un esprit de recherche d'une solution acceptable pour lui. Son consentement est nécessaire à la mise en oeuvre des approches identifiées comme des alternatives. Cette étape doit être respectée même si le patient rentrerait à domicile en vue d'une assistance au suicide.

Retour à domicile impossible

On peut considérer que le retour à domicile n'est raisonnablement pas possible si 1) un patient n'a plus de domicile à l'extérieur de cette institution; 2) un patient est si gravement atteint dans sa santé que son transport à domicile n'est pas raisonnablement possible (danger du transport, moyens disproportionnés pour assurer ce transport).

Annexe : démarche pratique lors d'une demande de d'assistance au suicide



Commentaire

*Bernard Gruson, Président du Comité de Direction des HUG,
Pierre Dayer, Directeur Médical*

La Suisse se trouve dans une situation législative très particulière et unique au monde : l'article 115 du Code Pénal (CPS) stipule que « Incitation et assistance au suicide.- Celui qui, poussé par un mobile égoïste, aura incité une, personne au suicide, ou lui aura prêté assistance en vue du suicide, sera, si le suicide a été consommé ou tenté, puni de la réclusion pour cinq ans au plus ou de l'emprisonnement ». Une interprétation a contrario est acceptée dans notre pays, à savoir que lorsque le motif de l'assistance est altruiste, cet acte n'est pas réprimé par la loi. C'est ce créneau législatif que les associations d'aide au suicide utilisent pour exercer leur activité. Il est par ailleurs important de réaliser clairement que l'on parle bien ici de « suicide », c'est-à-dire de la mort que s'administre elle-même la personne qui veut cesser de vivre, la tierce personne qui l'assiste n'accomplissant en aucun cas le geste léthal. Il n'est donc absolument pas question ici d'« euthanasie ». Cette dernière, même sur demande instante de la victime, est considérée comme un meurtre dans l'ordre juridique suisse. Elle est donc réprimée par la loi (article 114 du CPS). Par ailleurs, il n'est pas prévu par le législateur qu'une institution, quelle qu'elle soit, échappe à la juridiction commune, même si les conséquences de l'application d'une loi sont éloignées de la philosophie ou des pratiques de cette même institution. En effet, les libertés des citoyens et des résidents en Suisse sont protégées par la loi sur tout le territoire national. C'est pourquoi une institution ou un établissement qui limiteraient le droit à l'accès à une assistance au suicide dans ses murs s'octroierait une prérogative non prévue par le législateur.

D'un autre côté, les institutions de soins ont une vocation de préservation de la santé et de la vie. Quand ces objectifs sont impossibles à atteindre, l'action de ces institutions demeure le bien du malade qui leur est confié. Quand il n'est pas possible de restaurer de façon satisfaisante l'état de santé d'un malade, il s'agit alors de lui assurer un confort dans ses derniers instants,

grâce à un accompagnement humain empathique, qui intègre l'entourage, avec ou sans l'aide de moyens pharmacologiques ou d'autres techniques de soins. Clairement, il n'est pas dans la mission des institutions de soins de prodiguer la mort à une personne comme une finalité propre.

Une question très difficile surgit quand un malade est hospitalisé dans une institution de soins et qu'il bénéficie des droits liés à sa résidence en Suisse, tout en demandant une assistance au suicide, autorisée par le droit, mais que ce patient n'est plus à même de sortir de cette institution. Cette situation peut se produire dans deux cas au moins : premièrement, quand un patient n'a, pour une raison ou une autre, plus d'autre domicile que cette institution ; deuxièmement, lorsqu'un malade est si gravement atteint dans sa santé que son transport à domicile n'est pas raisonnablement possible (danger du transport, moyens disproportionnés pour assurer ce transport).

C'est ainsi que la question de l'autorisation ou non de l'assistance au suicide au sein des HUG s'est posée. Le Conseil d'Ethique Clinique des HUG (CEC), une instance consultative destinée à guider les hôpitaux lorsque des questions d'ordre éthique surgissent, a été mis en contact avec la question du suicide assisté au sein des HUG dès 2002. Plusieurs cas concrets ont été discutés au sein de cette instance, jusqu'à ce que, finalement, le CEC se saisisse lui-même de la question de fond, l'autorisation ou non, de principe, de cette pratique dans les HUG. Entre temps, par ailleurs, deux autorités morales nationales, l'Académie suisse des Sciences Médicales (ASSM) et la Commission Nationale d'Ethique pour la Médecine Humaine (CNE), un organisme destiné à guider les autorités fédérales dans l'élaboration des lois en discutant les aspects éthiques, ont publié leurs réflexions.

L'ASSM, en 2004, a tenu à rappeler que : « Le médecin peut se trouver face à un conflit difficile à gérer. D'une part, l'assistance au suicide ne fait pas partie de l'activité médicale, car

le médecin a le devoir de soigner, de soulager et d'accompagner son patient. D'autre part, il doit tenir compte de la volonté de son patient, ce qui peut signifier que la décision morale et personnelle d'un médecin d'apporter une aide au suicide à un patient mourant, dans certains cas, doit être respectée. A chaque médecin incombe alors la responsabilité de vérifier si des exigences minimales sont respectées : la maladie dont souffre le patient permet de considérer que la fin de sa vie est proche ; des alternatives de traitements ont été proposées et, si souhaitées, par le patient, mises en œuvre; le patient est capable de discernement. Son désir de mourir est mûrement réfléchi, il ne résulte pas d'une pression extérieure et il est persistant. Cela doit avoir été vérifié par une tierce personne, qui ne doit pas nécessairement être médecin. Le dernier geste du processus conduisant à la mort doit dans tous les cas être accompli par le patient lui-même ». En résumé, l'Académie rappelle son devoir déontologique au médecin qui ne comporte pas l'aide au suicide, tout en comprenant qu'en tant que personne morale, il puisse pratiquer ce type de geste¹.

Quant à la CNE, elle s'est prononcée en publiant douze thèses sur l'assistance au suicide en 2005². Certaines d'entre elles se rapportent très directement à la situation des hôpitaux de soins aigus. Ainsi, la CNE a écrit :

« Le suicide assisté en milieu institutionnel pose des difficultés spécifiques, puisqu'il engage la réputation et qu'il pourrait remettre en question la vocation de ces institutions, dirigée vers la préservation ou la restauration de la santé et non vers la mort. La CNE considère que la situation des institutions de long séjour (EMS) et celle des hôpitaux de soins aigus doivent être considérées séparément (...) Les hôpitaux de soins aigus : chaque institution doit se déterminer clairement quant à la possibilité ou non d'offrir le suicide assisté en tant que prestation à ses patients. Cette institution doit justifier son choix. Si cette pratique est autorisée, cette institution doit mettre en place les conditions cadres permettant sa mise en route dans les meilleures conditions. Ici aussi, la clause de conscience (c'est-à-dire qu'une obligation de participer à l'assistance au suicide ne peut en aucun cas être imposée au personnel médical

ou infirmier) doit être respectée pour l'ensemble du personnel concerné.

Dans ces deux cas (la situation des EMS et celle des hôpitaux de soins aigus), la CNE met l'accent sur le caractère transparent et explicite de la politique qui serait celle d'une institution à l'égard du suicide assisté, qu'il soit ou non autorisé, ainsi que son devoir de contrôler la qualité des procédures mises en place. Ce devoir inclut le suivi psychologique éventuel des professionnels qui participeraient à ces actes, de même que le soutien de personnes qui ne pourraient accéder à leur désir de mourir en se suicidant ». De plus, en parlant des soignants, la NEK-CNE a écrit que : « L'assistance au suicide n'est pas une activité soignante stricto sensu, mais des professionnels de la santé, si leur conscience leur commande de le faire, peuvent assister un malade qui le leur demande sans encourir de réprobation morale ni de sanction administrative ou déontologique. Il en découle que les professionnels de la santé doivent avoir une formation à ces pratiques. Le droit à l'objection de conscience de ces professionnels à l'égard de cet acte doit être strictement respecté ».

Clairement donc, la CNE a interpellé les hôpitaux de soins aigus suisses, sans prendre parti, mais en leur demandant d'exprimer leur position.

Le CEC des HUG a clos ses travaux et elle a remis aux autorités hospitalières ses recommandations en août 2006. Elles se matérialisent dans les deux clauses qui suivent :

« Concernant l'autorisation ou l'interdiction de l'assistance au suicide au sein des HUG, nous recommandons que les HUG n'autorisent l'assistance au suicide dans leurs murs pour un patient dépourvu de domicile ou dans l'impossibilité d'y retourner, que dans certaines conditions strictement définies, et à condition qu'aucun soignant ou médecin des HUG n'intervienne directement dans la réalisation du geste.

Nous recommandons que les HUG ne prennent pas position en tant qu'acteur dans le débat public sur l'assistance au suicide. L'hôpital public étant au service d'une société pluraliste sur la question de l'assistance au suicide, une position pour ou contre l'assistance au suicide

s'éloignerait de l'accueil de la pluralité qui est au cœur de la mission de notre institution ».

Enfin, en accord avec les recommandations de la CNE et en conformité avec les pratiques des associations d'aide au suicide, une demande ne doit pas être motivée par une pathologie psychiatrique.

Pour justifier cette prise de position, le CEC estime tout d'abord que l'assistance au suicide ne doit jamais être banalisée. Il arrive toutefois qu'elle soit la dernière solution envisageable pour une personne en détresse et le lui interdire constituerait une prise de pouvoir illégitime sur sa vie. D'autre part, l'assistance au suicide est en tension évidente avec la mission centrale des soignants, fondamentalement tournée vers l'amélioration ou la préservation de la vie. De plus, l'hôpital public est un lieu de soins dont l'accès doit être ouvert à tous sans distinction. Sa mission est fondée sur la prise en charge, au mieux de ses capacités, de toute détresse humaine directement liée à la maladie. C'est pourquoi le rejet des personnes qui, lors d'un séjour hospitalier, formuleraient une demande d'assistance au suicide est incompatible avec la mission centrale de cette institution.

Par ailleurs, l'hôpital public a le devoir de s'assurer que les exigences déontologiques des soignants soient respectées. Il peut en outre avancer jusqu'à un certain point un droit à l'« objection de conscience institutionnelle » vis-à-vis de l'assistance au suicide, en ne cautionnant pas sans autre cette activité. Ainsi, l'institution peut exiger un retour à domicile en vue de l'assistance au suicide lorsque ce retour est raisonnablement possible. Dans la même ligne, elle ne peut accepter une hospitalisation en ses murs dans le but exclusif qu'une assistance au suicide y soit entreprise. Elle peut également interdire à ses employés de pratiquer eux-mêmes une assistance au suicide dans l'exercice de leurs fonctions. L'objection de conscience institutionnelle doit cependant trouver sa limite face aux patients dont la demande d'assistance au suicide persisterait malgré une exploration des alternatives à cet acte quand ceux-ci ne peuvent raisonnablement pas rentrer à domicile pour mettre fin à leurs jours. L'assistance au suicide exercée par des personnes extérieures à l'institution est alors possible.

Les implications de cette attitude sont nombreuses. Premièrement, tout patient qui demanderait une assistance au suicide doit être écouté sans a priori. Une aide doit lui être offerte le cas échéant pour clarifier sa demande et ses raisons. Il doit être informé des possibilités alternatives d'assistance, notamment au moyen de la palliation de sa souffrance par des équipes formées à cet effet. Si la demande d'assistance au suicide persiste, elle doit être accueillie avec respect. Une solution doit être élaborée en concertation avec l'équipe et le patient, en tenant compte du fait que si un retour à domicile est raisonnablement possible, l'accompagnement et le soutien offerts au patient iront dans ce sens. Si le retour à domicile n'est raisonnablement pas possible, l'assistance au suicide pourra avoir lieu au sein de l'hôpital.

Les soignants peuvent vivre l'assistance au suicide comme un problème de conscience grave. Il est donc capital de clarifier les raisons pour lesquelles il leur est interdit de participer directement à l'assistance au suicide, notamment la prescription, la préparation, ou la mise à disposition du patient, de substances létales. De plus, trois ordres d'intervention des soignants envers un patient qui demanderait une assistance au suicide doivent clairement être distingués : (1) l'accompagnement du patient et les soins, y compris les entretiens nécessaires à la clarification de la demande, font partie de la mission des soignants et sont exigibles de chacun ; un membre du personnel qui s'opposerait à l'assistance au suicide devrait néanmoins pouvoir participer à de tels entretiens car ils constituent des gardes fous destinés notamment à protéger les personnes vulnérables et à prendre en compte la souffrance exprimée par le patient ; (2) la participation directe à l'assistance au suicide, notamment la prescription, la préparation, ou la mise à disposition du patient, de substances létales, est proscrite ; (3) la participation indirecte à l'assistance au suicide, comme la présence auprès du patient lorsqu'il réalise son geste, dans la perspective de ne pas interrompre l'accompagnement, n'est en aucune manière exigible des soignants, mais le vœu de ceux d'entre eux qui y verraient une manière d'exprimer leur compassion avec le patient doit être respecté et ces soignants ne peuvent être sanctionnés.

Il est également important qu'en règle générale l'appel à un intervenant extérieur qui pratiquera l'assistance au suicide doit être réalisé par le patient.

L'institution doit pouvoir rendre compte que les conditions qu'elle a requises pour la pratique de l'assistance au suicide soient remplies. Il importe donc qu'une procédure soit codifiée et que son application soit documentée et périodiquement évaluée, voire corrigée. Le Conseil d'Éthique Clinique, ou une autre instance définie par l'institution, doit être sollicité pour aider les soignants à analyser les demandes d'assistance au suicide qui semblent remplir les critères établis. La position de l'institution doit être communiquée au public, aux patients et aux employés de manière claire et maîtrisée.

En raison de la difficulté que représente une demande d'assistance au suicide pour les soignants, l'institution doit également prévoir la mise en route d'une formation spécifique qui leur serait destinée sur l'approche d'un malade demandant la mise en route d'un tel acte. Un système de supervision devrait être mis sur pied.

Les recommandations de CEC ont été avalisées par le Comité de Direction des HUG (24 août 2006), puis par son Conseil d'Administration, unanimement, en date du 14 septembre 2006.

¹<http://assm.ch> Bull Méd Suisses 2004 ;85 :294.

²<http://nek-cne.ch> Bull Méd Suisses

Universitätsspital Zürich

Suizidbeihilfe und Spital: Umgang mit Patienten des USZ, die sich mit Hilfe einer Sterbehilfeorganisation das Leben nehmen wollen

Einleitung

In der Schweiz ist Suizidbeihilfe gemäss Art. 115 StGB nicht illegal, solange sie ohne selbstsüchtige Motive erfolgt.¹ Vor diesem rechtlichen Hintergrund wird in der Schweiz Suizidbeihilfe unter Einbezug von Sterbehilfeorganisationen wie *Exit* oder *Dignitas* offen und grundsätzlich legal praktiziert.² Die Grenzen dieser Praxis, aber auch die Rolle von Ärzten und Pflegenden bei der Beihilfe sind allerdings Gegenstand anhaltender Diskussionen.^{3, 4, 5}

Gelegentlich werden auch im Spital arbeitende Ärzte und Pflegende mit der Situation konfrontiert, dass ihre Patienten auf diese Art ihr Leben beenden wollen. Bisher gab es auf der Ebene des USZ keine Weisungen, wie mit einer solchen Situation umgegangen werden soll. In den Zürcher Stadtspitälern ist die Beihilfe innerhalb der Institution verboten.⁶ Demgegenüber lassen die Universitätsspitäler von Lausanne und Genf die Suizidbeihilfe bei Patienten, denen die Rückkehr nach Hause aus medizinischen oder medizinisch-sozialen Gründen nicht möglich ist, seit dem Jahre 2006 unter gewissen Bedingungen zu.⁷

Ziel dieses Texts ist die konkrete Hilfestellung im Umgang mit solchen Situationen innerhalb der rechtlichen Rahmenbedingungen und ethischer Grundsätze. Rechnung getragen werden soll dabei insbesondere möglichen Konflikten zwischen dem Selbstbestimmungsrecht eines sterbewilligen Menschen und der Aufgabe der im Spital Tätigen, Gesundheit wiederherzustellen oder, wo dies nicht mehr möglich ist, Symptome zu lindern und den Patienten zu begleiten. Die Weisungen gehen von der selbstverständlichen Voraussetzung aus, dass nicht nur für die Lebensqualität, sondern auch für eine echte Wahlfreiheit am Lebensende die Verfügbarkeit einer hochstehenden Palliativmedizin und -pflege entscheidend ist.

Bestimmungen

1. Verschreibung und Zeugnisausstellung im Rahmen der Beihilfe
 - 1.1 Der ärztliche Teil der Beihilfe zum Suizid in der Praxis von Schweizer Sterbehilfe-Organisationen besteht in der Verschreibung einer tödlichen Medikamentendosis (Barbiturate). Damit einhergehend muss der rezeptierende Arzt ein Zeugnis verfassen, das die Urteilsfähigkeit des Patienten für seinen Sterbewunsch im Kontext eines unabwendbar zum Tode führenden Leidens bestätigt. Um Ziel- und Rollenkonflikte zu vermeiden, sollen Ärzte des USZ in keinem Fall ein solches Rezept und Zeugnis ausstellen.
 - 1.2 Bei begründetem Zweifel an der Urteilsfähigkeit eines vor einem assistierten Suizid stehenden Patienten besteht ein Melderecht an die Vormundschaftsbehörde. Vorgängig ist dazu bei der Gesundheitsdirektion eine Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht einzuholen. In klaren Fällen von Urteilsunfähigkeit und akuter Suizidgefahr ist ein Fürsorgerischer Freiheitsentzug (FFE) angezeigt.
2. Suizidbeihilfe in den Räumlichkeiten des USZ
 - 2.1 In den Räumlichkeiten des USZ soll grundsätzlich keine Suizidbeihilfe geleistet werden, weder durch Angestellte des USZ selber noch durch andere sich in den Räumlichkeiten des USZ aufhaltende Personen.
 - 2.2 Der Besuch von Patienten durch Mitarbeiter von Sterbehilfeorganisationen ist im Rahmen des allgemeinen Besuchsrechts erlaubt.

1 Schwarzenegger C (Hrsg.). Schweizerisches Strafgesetzbuch, 4. Aufl., Zürich 2006.

2 Ziegler SJ, Bosshard G. The role of non-governmental organisations in physician assisted suicide. *BMJ* 2007;334:295-298.

3 Schweizerische Nationale Ethikkommission. "Beihilfe zum Suizid". Stellungnahme Nr. 9 / 2005.

4 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Betreuung von Patienten am Lebensende. Medizinisch-ethische Richtlinien. *Schweiz Ärztezeitung* 2005;86:172-176.

5 Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner. Ethische Standpunkte 1 – Beihilfe zum Suizid ist nicht Teil des pflegerischen Auftrages. Mai 2005.

6 Stadtrat der Stadt Zürich. Wunsch nach Suizid unter Beihilfe von Sterbehilfeorganisationen in den Einrichtungen des Gesundheits- und Umweltschutzdepartements. Beschluss vom 25. Oktober 2000.

7 Wasserfallen J. Assistance au suicide an hôpital de soins aigus. Respecter la liberté du patient et du soignant. *Schweizerische Ärztezeitung* 2006;87:895-898.

- 2.3 Plant ein Patient, sich nach Spitalaustritt mit Hilfe einer Sterbehilfeorganisation das Leben zu nehmen, sollen Angestellte des USZ grundsätzlich solche Pläne weder aktiv unterstützen noch gegen den Willen des Patienten behindern (Verdacht auf Urteilsunfähigkeit: siehe 1.2).
 - 2.4 Die Entscheidung des Patienten hat keinen Einfluss auf die medizinische Versorgung.
3. Weitere in möglichem Zusammenhang mit der Beihilfe stehende Handlungen
 - 3.1 Patienten, die sich mit Hilfe einer Sterbehilfeorganisation das Leben nehmen möchten, haben wie andere Patienten das Anrecht auf einen Bericht, der über die medizinischen Fakten wie Diagnose, Prognose und vorgenommene Abklärungen Auskunft gibt. Das Ausstellen eines solchen Berichtes bedeutet in keiner Weise Beteiligung am Suizid.
 - 3.2 Die Entlassung von Patienten, die sich mit Hilfe einer Sterbehilfeorganisation das Leben nehmen möchten, erfolgt nach den gleichen Kriterien und Formalitäten wie die Entlassung anderer Patienten. Wenn benötigt, ist eine Ambulanz zur Verfügung zu stellen, dies auch dann, wenn der Patient einen Austritt ins Sterbezimmer einer Sterbehilfeorganisation wünscht.
 - 3.3 Dem allfälligen Anliegen eines Patienten bei Austritt, eine bereits liegende Verweilkanüle nicht zu entfernen, soll entsprochen werden.
4. Besonderes
 - 4.1 Bei entsprechender Hilfe wird eine Verlegung praktisch immer möglich sein. Sollte es sich herausstellen, dass jemand längerfristig nicht in Lage ist, das Spital zu verlassen, bemüht sich das USZ, mit dem Betroffenen eine Lösung auf individueller Basis zu suchen.
 - 4.2 Auch wenn sich ein Patient ausserhalb des Spitals das Leben nimmt, kann das für diejenigen, die den Patienten im USZ betreut haben, mit erheblichen Belastungen verbunden sein. Diesen Mitarbeitern sollen Möglichkeiten zur Aussprache und Verarbeitung des Geschehenen angeboten werden.
 - 4.3 Im USZ sollen ab jetzt die Erfahrungen in diesem Bereich (Verlauf konkreter Fälle, Auftreten möglicher Konflikte, Anwendbarkeit der vorliegenden Empfehlungen) unter Einschaltung des oder Bericht an den klinischen Ethiker systematisch gesammelt werden. Diese Erfahrungen werden nach einigen Jahren in einem Bericht zusammengefasst und ausgewertet.

Kommentar

Georg Bosshard, Klinischer Ethiker, Universitätsspital Zürich

Die von der Arbeitsgruppe des Universitätsspitals Zürich ausgearbeiteten Weisungen haben einen ausgedehnten USZ-internen Vernehmlassungsprozess durchlaufen. Der Text in seiner definitiven Fassung ist spitalintern bei allen Berufsgruppen auf weit gehende Akzeptanz gestossen.

Die Stossrichtung der Weisungen deckt sich auch mit, was ich selber für richtig halte. Wenn ich das so sage, kann es dabei aber nur um die Frage gehen, welches für die Patienten und Mitarbeitenden des USZ in Anbetracht von deren gegebenen Einstellungen, unter Berücksichtigung interner Realitäten des USZ und der aktuellen gesellschaftlichen und politischen Situation der Suizidbeihilfe der am besten gangbare Weg ist. Denn nur wenn sich die grosse Mehrheit der

im USZ Tätigen mit diesen Weisungen identifizieren kann und deren Zweck von den Patienten nachvollzogen werden kann, nur wenn sie also im Ernstfall auch „gelebt“ resp. befolgt werden, nur dann können sie ihren Sinn erfüllen. Weisungen, die von der Basis nicht gelebt werden, sind nichts als totes Paper. Schlimmer noch: klaffende Widersprüche zwischen theoretischen Vorgaben und gelebter Realität sind fatal für das Arbeitsklima, sie geben den an der Front Tätigen das Gefühl, von Leuten geführt zu werden, die den Kontakt mit der Alltagsrealität verloren haben, und sie untergraben damit die Autorität der Führung, zum Schaden aller.

Dem gegenüber ist meinen eigene, ganz persönliche Haltung der Beihilfe zum Suizid gegenüber – sie dürfte im „offeneren“ Teil des

breiten Spektrums an Haltungen zu dieser Frage bei den im USZ Tätigen liegen – zur Suizidbeihilfe weit gehend irrelevant. Entsprechend möchte ich auf deren Darstellung hier gerne verzichten und stattdessen die erarbeiteten Weisungen hier direkt präsentieren. Sie sind primär Ausdruck des im USZ (und nach meiner Erfahrung auch in den Zürcher Stadtspitälern) vorherrschenden common sense, dass die bisher praktizierte Trennung zwischen Beihilfe und

Spital (inklusive der ultima ratio der gezielten Verlegung zur Beihilfe) sich grundsätzlich bewährt hat. Entsprechend hat sich die Arbeitsgruppe denn vor allem bemüht, diese Trennlinie zwischen Spital und Beihilfe zum Suizid noch etwas deutlicher herauszuarbeiten, als dies in den bereits bestehenden Richtlinien der Stadt Zürich der Fall ist, und dies in einem kurzen, prägnanten Text festzuhalten.

Suizidbeihilfe im Akutspital VI

Inselspital Bern

Kommentar

Plasch Spescha, Vorsitzender der Ethikkommission Inselspital

Das Berner Universitätsspital – die Insel – hat noch keine Regelung zur Suizidhilfe, jedoch eine erste Erfahrung. Doch eins nach dem andern.

Kurz nach der Empfehlung der NEK (April 2005), dass die Akutspitäler klar festlegen sollen, ob sie die Möglichkeit des assistierten Suizids zulassen wollen oder nicht, begann sich die Ethikkommission des Inselspitals mit dem Thema zu beschäftigen. Die NEK-Empfehlung gab eine übergeordnete Legitimation ab, um sich nun formell eines intern schon längere Zeit schwelenden Themas anzunehmen. Dabei wurden zwei Ziele verfolgt:

1. Positionsfindung innerhalb der Ethikkommission, und damit verknüpft
2. die Vorbereitung eines Antrags an die Spitalleitung, um zu wissen, ob und in welcher Richtung eine Regelung erarbeitet werden soll.

Auf einen Zeitplan wurde bewusst verzichtet, beziehungsweise das Motto gewählt: Gut Ding will Weile haben!

Ich habe die Suizidhilfe vorher „ein intern schon längere Zeit schwelendes Thema“ genannt. Diese Aussage hat verschiedene Gründe: das Thema war bei der Erarbeitung der internen Patientenverfügung im Hintergrund dauernd präsent, Pflegeverantwortliche hatten bereits vereinzelt nach der Handhabung des assistierten Suizids in der Insel gefragt und: in meiner Aufgabe als Seel-

sorger begegne ich immer wieder solchen Sterbeäusserungen.

Die Veröffentlichung der CHUV-Regelung im Januar 2006 hat die Ethikkommission mit positiver Überraschung zur Kenntnis genommen. Mit Erlaubnis des CHUV hat sie diese ins Deutsche übersetzt in der Absicht, sie in den Antrag an die Spitalleitung einzubauen. Die Erwartung dabei: Eine konkrete Regelungsmöglichkeit könnte vermeiden helfen, sich in Argumentationsritualen zu verlieren.

Im März 2007 folgte die USZ-Regelung mit ihrem klaren Nein zum assistierten Suizid in den Räumlichkeiten des USZ. Über sie konnte in der Ethikkommission nicht diskutiert werden, weil das Thema seinen eigenen Weg einschlug.

Wenige Tage vor Ostern gelangte ein Angehöriger eines Patienten mit dessen Bitte, mit Unterstützung von Exit zu sterben, direkt an den Direktionspräsidenten. Dieser entschied, die Anfrage nicht einfach abzuweisen, weil eine entsprechende Regelung in der Insel fehlt, sondern die Anfrage gründlich zu prüfen. In Kürze wurde ein entscheidungskompetentes Ad-hoc-Gremium zusammengestellt, bestehend aus dem Direktionspräsidenten, dem ärztlichen Direktor, dem zuständigen Klinikdirektor und der zuständigen Pflegedienstleiterin, der Pflegeexpertin der betroffenen Klinik und dem Vorsitzenden der Ethikkommission. Anwesend war auch der Mediensprecher des Inselspitals.

Die zu beantwortende Frage war: Soll das Inselspital dem tödlich kranken Patienten einen Raum zur Verfügung stellen, damit er mit Hilfe von Exit sein Leben mit der unheilbaren Erkrankung beenden kann?

Nebst dem genauen Anschauen der medizinischen und persönlichen Situation des Patienten spielten bei der Entscheidungsfindung folgende, für das Podiumsthema relevante Aspekte eine wichtige Rolle:

- Sowohl CHUV-Regelung als auch die USZ-Regelung standen dem Entscheidungsgremium zur Verfügung. Als gemeinsamer Punkt wurde herausgeschält, dass beide darauf hinauslaufen, in Ausnahmesituationen einen assistierten Suizid zuzulassen. Diese Position teilte das Gremium.
- Die Sorgfaltskriterien der NEK erwiesen sich als ganz grosse Hilfe. Sie wurden als eine Art ethischer Gegenprobe eingesetzt und mit ihnen überprüft, ob alle nötigen Aspekte berücksichtigt wurden.
- Die offene persönliche Information durch die zuständige Suizidhelferin und die Präsidentin von Exit über das genaue Vorgehen bei einem begleiteten Suizid.

Nach gründlicher Diskussion und etlichen Gesprächen mit dem Patienten hat das Gremium entschieden, den assistierten Suizid auf Grund besonderer Umstände „als Einzelfall zuzulassen“. Ich zitiere aus der schriftlichen Zusammenfassung des Direktionspräsidenten (15. April 2007):

Suizidbeihilfe im Akutspital VII

Universitätsspital Basel

Kommentar

Jürg Müller, Leiter Rechtsdienst, Universitätsspital Basel

Die Spitalleitung des Universitätsspitals Basel ist grundsätzlich gegen die Suizidbeihilfe im Unispital. Die Beihilfe zum Suizid ist prinzipiell nicht Teil ärztlichen Handelns. Die Spitalleitung erachtet die Situationsanalyse des Universitätsspitals Zürich als differenziert und die getroffene Regelung als eine gut begründete und ausgewogene Lösung. Die Spitalleitung hat deshalb dem Ethik-Beirat den

„Grundsätzlich soll ein Patient als Ort seines Suizids sein Zuhause bzw. sein Alters-/Pfleheim wählen.

Beim individuellen Fall des besagten Patienten kamen die Verantwortlichen jedoch zum Schluss, dass seine Situation infolge der Tumorerkrankung derart speziell ist, dass er einen Transport vom Inselspital an einen anderen Ort überleben würde, aber der Transport auf Grund seiner Schmerzsituation nicht zumutbar ist und als inhuman beurteilt werden muss.

Beim Abwägen zwischen dem Grundsatz und der speziellen Situation des besagten Patienten haben die involvierten Verantwortlichen entschieden, ihm und der Organisation Exit den Raum im Inselspital zur Verfügung zu stellen. Damit konnte das Inselspital dem Patienten auch in seiner letzten Lebensphase eine fachlich und menschlich gute Behandlung gewährleisten.“

Ethisch gesehen betrachte ich die Entscheidungsfindung als ein gelungenes Beispiel einer kontextuellen diskursethischen Erwägungskultur. Nichts stand zum vornherein fest ausser die Entscheidung, die Anfrage ernst zu nehmen und sich damit auf den Patienten in seinem lebensgeschichtlichen Kontext einzulassen.

Wie wir dies im Inselspital in eine Regelung umsetzen wollen und können, wird sich zeigen. Der Auftrag des Direktionspräsidenten an die interne Ethikkommission für entsprechende Vorschläge liegt unterdessen formell vor und in der Julisitzung wird die Ethikkommission einen ersten Text beraten.

Auftrag erteilt, eine entsprechende interne Regelung für das Universitätsspital Basel vorzuschlagen.

Die Einsetzung eines so genannten Ethik-Beirats ist vor kurzem durch die Spitalleitung beschlossen und ein entsprechendes Statut verabschiedet worden. Der Ethik-Beirat des Universitätsspitals Basel ist einerseits für die Durchführung von Konsilien im Einzelfall zuständig, andererseits behandelt er allgemeine ethische Fragestellungen

im Auftrag und zuhänden der Spitalleitung. Er besteht aus Klinkern, Vertreterinnen und Vertreter der Seelsorge, der Pflege und des Rechtsdienstes. Zudem stehen ihm zwei externe Experten für eine weiterführende thematische Auseinandersetzung zur Verfügung. Die Vorschläge zur Umsetzung der Sterbehilfe im oben beschriebenen Sinn werden

nach der Behandlung im Ethik-Beirat in der Spitalleitung nochmals besprochen.

Eine Frage, die meines Erachtens auch noch zu beantworten ist, betrifft die Kommunikation. Es fragt sich nämlich, ob es wirklich angezeigt respektive sachlich begründet ist, sich zum Thema der Suizidbeihilfe im Akutspital (und nur zu diesem) als Spital öffentlich und aktiv zu äussern.

Suizidbeihilfe im Akutspital VIII

Hôpitaux publiques du Canton du Tessin

Commentaire

Roberto Malacrida, Hôpital Régional de Lugano, secrétaire de la COMEC

La Commission d'éthique médicale de l'organisation des hôpitaux publics tessinois (Commissione di etica clinica dell'Ente Ospedaliero Cantonale, COMEC) a entamé à son interne les approfondissements et les discussions nécessaires au sujet des demandes de suicide assisté pour ce qui concerne les patients accueillis dans ses structures. Les considérations suivantes ne reflètent par conséquent pas encore la position officielle et définitive de la COMEC ni celle de l'organisation des hôpitaux publics tessinois (Ente Ospedaliero Cantonale, EOC) à ce sujet.

Dans le but de faire face – au moins initialement, même si que en partie - aux difficultés posées par la question discutée, les membres de la COMEC ont essayé de trouver un terrain commun sur lequel fonder leurs réflexions. Cette base commune se construit sur deux principes régulateurs: d'un côté la volonté de respecter l'autonomie et les désirs des patients et de l'autre celle de ne pas abandonner le patient, même dans le cas d'une requête "extrême" comme celle de l'aide au suicide. Un premier problème se pose dans la définition même de ce "terrain commun". Il est en fait nécessaire de clarifier ce que signifie le non abandon du patient. S'il s'agit de prescrire des médicaments permettant au patient de se suicider après qu'il ait reçu le soutien nécessaire et tous les soins palliatifs possibles, les positions des membres de la COMEC divergent.

La Commission a en outre fait des considérations d'ordre "pratique" relatives à la rareté des demandes et à la réticence du personnel des hôpitaux à intervenir dans ces situations.

Nous avons de plus analysé les décisions adoptées par d'autres institutions, tout en tirant des conclusions différentes. Contrairement au choix opéré par l'Hôpital universitaire de Zürich, nous jugeons que notre réponse ne peut pas être un "non définitif" parce que cela représenterait l'abandon du patient dans une phase délicate et dramatique de son existence.

D'un autre côté la solution choisie par le CHUV de Lausanne et les HUG de Genève ne nous semble pas non plus applicable à notre réalité. Donner la possibilité de présenter une requête d'aide au suicide dans le contexte hospitalier et permettre ensuite à une association de volontaires comme Exit d'accéder aux structures – en déléguant ainsi la tâche d'aider le patient à une troisième partie – ne nous paraît pas une bonne solution pour deux raisons. Premièrement parce qu'elle manque de cohérence par rapport aux principes précédemment cités: en transférant la responsabilité à une troisième partie on abandonne le patient dans un moment délicat. Deuxièmement ces associations se composent de volontaires qui son difficilement contrôlables pour ce qui est de leur notions techniques et de leur sensibilité psychologique. Nous pensons par contre que ces

cas, qui actuellement ne se présentent que rarement, devraient être soumis à notre Commission d'éthique médicale pour qu'ils soient évalués par un groupe interdisciplinaire et pour qu'il soit possible de venir en aide aux collègues devant faire face à de telles requêtes. En concluant, tout en réaffirmant notre "non principiel" au suicide assisté dans nos structures, en tant que COMEC nous nous déclarons prêts à évaluer chaque cas qui nous sera soumis. Tout en devant faire face à une série de difficultés d'ordre principiel (concilier le droit à l'autodétermination du patient et une réticence psychologique et déontologique évidente de notre part) et d'ordre pratique – toujours irrésolues – nous soulignons la nécessité de poursuivre le débat et de chercher des solutions possiblement individuelles. À ce propos, il est nécessaire de rappeler que, comme pour toutes les prises de positions il s'agira de suggestions, d'aide au personnel: la Commission ne sera pas responsable de décider de permettre le suicide assisté dans un hôpital de l'organisation des hôpitaux publics tessinois.

Un nombre de questions relatives aux modalités de la participation de notre Commission aux discussions reste ouvert.

La COMEC va-t-elle faire des propositions? Sur quelle base? Comment va-t-elle les présenter? En illustrant les différents points de vue, ou en présentant la position de la majorité? Et surtout: dans le cas de "réponse affirmative" qui va fournir et administrer le barbiturique? Et encore: que signifie "chaque cas"? Parle-t-on du patient qui demande d'être suicidé dans un hôpital parce que il n'a pas la possibilité de le faire chez soi, ou de chaque patient qui présente une demande d'aide au suicide quand il se trouve à l'hôpital?

Nous pensons que l'utilité de soumettre un cas à la COMEC se trouve actuellement surtout dans la possibilité de soulever l'équipe d'une partie du stress lié à ce genre de situations, de vérifier que les méthodes palliatifs employées soient optimales, de faire face à d'éventuelles problématiques dépressives et...de nous donner un peu de temps...Par conséquent, après deux ans de discussions intenses au sein de la COMEC nous ne jugeons actuellement pas nécessaire l'élaboration de protocoles pour réglementer la pratique de l'aide au suicide: le débat et la réflexion sur les réponses et les solutions au problème ne sont sûrement pas encore terminés.

Suizidbeihilfe im Akutspital IX

Kantonsspital Luzern

Weisungen

1. Beihilfe zum Suizid

Dem Luzerner Kantonsspital kommt der Auftrag zu, Krankheiten zu heilen, Leiden zu lindern, Leben zu schützen. Wir bieten schwerkranken und sterbenden Menschen eine sorgfältige, umfassende Pflege, medizinische Behandlung wie auch seelsorgliche Begleitung an. Das Angebot von Palliative-Care wird ausgebaut und verbessert.

Die Beihilfe zum Suizid widerspricht diesem Auftrag des Luzerner Kantonsspitals. Von Spitalangestellten wird deshalb keine Beihilfe zum Suizid geleistet, und es werden auch keine Sterbehilfeorganisationen wie Exit oder Dignitas beauftragt, im Luzerner Kantonsspital Beihilfe zum Suizid zu leisten.

Die Freiheit zum Suizid und die Möglichkeit der Suizidbeihilfe als private Handlung eines Menschen wird respektiert, die Option der Tötung soll jedoch nicht in den öffentlichen Raum des Luzerner Kantonsspitals eindringen.

2. Begründung

Der Staat ist dem Schutz des Lebens verpflichtet. Im Luzerner Kantonsspital, als öffentliche Institution des Gesundheitswesens, steht deshalb der Lebensschutz des Einzelnen im Vordergrund.

Die Nationale Ethikkommission (NEK) weist in ihren Empfehlungen eindringlich auf die sozialetischen Risiken hin, die mit einer Verbreitung des assistierten Suizids entstehen:

- Stellungnahme der nationalen Ethikkommission: www.nek-cne.ch

Weitere Richtlinien haben die Schweiz. Akademie der Medizinischen Wissenschaften und der SBK verfasst:

- Richtlinien der SAMW 2004 „Behandlung und Betreuung von älteren, pflegebedürftigen Menschen“ und: „Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende“ www.samw.ch
- Pflege und Behandlung in der Endphase des Lebens (SBK-ASI 2001:2) www.sbk-asi.ch/webseiten/deutsch/8dokumente/Gemeinsame%20Erklärung.htm

3. Umgang mit dem Wunsch nach Suizidbeihilfe

Verlangt eine Patientin oder ein Patient direkt oder mittels einer Patientenverfügung Suizidbeihilfe durch eine Ärztin/einen Arzt oder den Zuzug einer Sterbehilfeorganisation, ist folgendermassen vorzugehen:

- Die letztverantwortliche Ärztin bzw. der Arzt (in der Regel Chefärztin/Chefarzt der Klinik/des Departementes) ist beizuziehen.
- Der Direktor (CEO) ist zu informieren.
- Mit der Patientin, dem Patienten sind klärende Gespräche zu führen, palliative und supportive Hilfestellungen anzubieten und die spitalinternen Weisungen zu erläutern.
- Auf Wunsch der Patientin, des Patienten kann auch die Spitalseelsorge beigezogen werden.

Hält ein Patient, eine Patientin am Wunsch nach Beihilfe zum Suizid fest, muss er oder sie das Luzerner Kantonsspital für diese Handlung verlassen. Sollte es völlig ausgeschlossen sein, dass der Patient/ die Patientin das Spital verlassen kann, ist es Aufgabe der Chefärztin/des Chefarztes ein "ad hoc"-Ethikforum einzuberufen, um einen gangbaren Weg zu finden.

Kommentar

Gregor Schubiger, Präsident der Kantonalen Ethikkommission, Luzern

Warum sind die Weisungen entstanden?

Auslöser zur Bearbeitung der Frage "Suizidbeihilfe im Akutspital" war das Resultat der Umfrage der SAMW in allen Kantonen im April 2005. Der Gesundheitsdirektor des Kantons Luzern hat der Spitalleitung den Auftrag erteilt, sich verbindlich zu diesem Thema zu äussern. Die Weisung ist also nicht primär aus Anlass innerhalb des Spitals aufgetretener Diskussionen entstanden.

Wer hat sie erarbeitet?

Das Luzerner Kantonsspital – obwohl eines der drei grossen nichtuniversitären Zentren – hat bisher weder ein Ethikforum noch eine klinisch-ethische Kommission definiert. Klinisch-ethische Fragestellungen werden themenspezifisch von "ad hoc" gebildeten Gruppen und zum Teil auch von der kantonalen Ethikkommission für klinische Forschung bearbeitet. Die vorliegende Weisung des Luzerner Kantonsspitals wurden von einer kleinen 3er-Gruppe, bestehend aus je einer Vertreterin der Spital-Seelsorge und dem Pflegedienst und einem Arzt erarbeitet. Der initiale Text wurde zur Vernehmlassung in alle medizinischen Departemente verteilt und auch rege kommentiert.

Welches waren die Diskussionspunkte?

Die Kernaussage blieb unbestritten: *Suizidbeihilfe ist grundsätzlich nicht vereinbar mit dem Auftrag des Akutspitals!*

Es wurde zusätzlich verlangt, dass die in der Schweiz aktiven Sterbehilfeorganisationen "expressis verbis" im Text erwähnt werden sollen und nicht mit Handlungen beauftragt werden dürfen. Wie extrem seltene Beispiele aus anderen Kliniken gezeigt haben, sind Härtefälle denkbar. Die Anwendung rigider Weisungen könnten zu unmenschlichen und somit unethischen Situationen führen. Um allenfalls in Ausnahmesituationen handlungsfähig zu bleiben, sieht die Weisung des Luzerner Kantonsspitals im letzten Abschnitt eine Art Rekursinstanz vor, die in Abwägung aller Aspekte eine individuelle Beurteilung vornehmen soll. Auf die Regelung von Details wurde bewusst verzichtet. Weisungen sollten nach Möglichkeit eine A₄-Seite Platz nicht überschreiten, um die nötige Beachtung zu finden.

Was hatten die Weisungen für Auswirkungen?

Soweit bekannt, wurde im Luzerner Kantonsspital bereits mehrmals von Patienten der Beizug

einer Sterbehilfeorganisation gewünscht. Es konnten jedoch immer Lösungen gefunden werden, die mit dem Grundsatz „keine Suizidbeihilfe im Akutspital“ vereinbar waren, ohne menschlich inakzeptable Lösungen zu provozieren.

Eine günstig Auswirkung hatte die Diskussion um Suizidbeihilfe: Der politische Druck auf

den Ausbau und die Verbesserung der Palliativ-Pflege, die das Gesundheitsgesetz des Kantons Luzern 2005 verlangt, konnte verstärkt werden. Die Umsetzung eines umfassenden Konzeptes, sowohl für die Spitäler wie deren Umfeld konnte vorangetrieben und dem neusten Stand angepasst werden.

4. Bieler Philosophietage: 9. bis 11. November 2007

Ich kaufe, also bin ich – Philosophie und Ökonomie

Eine Welt ohne Konsum ist undenkbarer denn je. Doch wie weit führt der Kaufrausch? In Anlehnung an Descartes' Satz „cogito ergo sum“ finden die vierten Bieler Philosophietage unter dem Motto „Ich kaufe, also bin ich“ statt. Bewusst greifen die Veranstalter/innen damit den Zwiespalt zwischen Kaufreue und Konsumkritik auf. Im Zentrum der Auseinandersetzungen steht während dreier Tage die Frage, was uns als Menschen zum Kauf antreibt und wie sich dieser Wunsch nach „mehr“ auf unser Leben auswirkt. Wer also bin ich, wenn ich kaufe?

Referentinnen und Referenten aus Belgien, Deutschland, Frankreich und der Schweiz werden auf unkonventionelle Art Beiträge zu diesem Thema einbringen und „auf Augenhöhe“ mit dem Publikum diskutieren. Theater, Tanz, Kunst, Film und Musik bilden zudem weiterführende Zugänge zum Thema und ermöglichen damit eine noch intensivere Auseinandersetzung

Die Bieler Philosophietage finden seit 2001 alle zwei Jahre statt. Diese zweisprachige Veranstaltung mit nationaler Ausrichtung ist in ein weites Netz unterstützender Organisationen aus dem akademischen wie aus dem breiteren öffentlichen Bereich eingebunden. Die Bieler Philosophietage stehen unter dem Patronat der Schweizerischen Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften und werden in diesem Jahr unter anderem vom Handels- und Industrieverein Biel-Seeland und der Gewerkschaft Unia unterstützt.

Weitere Informationen unter: www.philosophietage.ch

4e Journées philosophiques de Bienne: du 9 au 11 novembre 2007

Philosophie et économie : j'achète, donc je suis!

Un monde sans consommation est aujourd'hui plus inimaginable que jamais. Mais qu'implique au juste l'acte de consommer? Les 4e Journées philosophiques de Bienne détournent le „cogito ergo sum“ (Je pense donc je suis) de Descartes en „J'achète, donc je suis“. Elles thématisent ainsi le contraste qui existe entre le plaisir de l'achat et les critiques de la consommation. Durant trois jours, les intervenant(e)s se demanderont ce qui nous incite à consommer et comment ce besoin d'acquisition se répercute sur notre existence. Qui suis-je quand j'achète?

Des intervenants et intervenantes belge, allemands, français et suisses examineront cette question de façon à la fois inattendue et accessible à tous. Le débat sera enrichi et galvanisé par le théâtre, la danse, les arts plastiques, un film et de la musique.

Les Journées philosophiques de Bienne ont lieu tous les deux ans depuis 2001. Un large réseau d'organisations issues des milieux académiques ou publics en soutient la mise sur pied. Les Journées philosophiques de Bienne sont placées sous le parrainage de l'Académie suisse des sciences humaines et sociales et sera soutenue cette année notamment par l'Union du commerce et de l'industrie Bienne-Seeland et le syndicat Unia.

Pour toute informations: www.journee-philo.ch

Agenda (Fortsetzung)

21 novembre 2007, Berne: Symposium «Human enhancement. Plus intelligents, plus heureux et plus beaux grâce à la médecine?»

L'une des tâches importantes de la Commission Centrale d'Éthique (CCE) de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) est d'engager une réflexion sur des questions éthiques en relation avec les progrès médicaux et ses conséquences sur la société. Depuis longtemps, la CCE se penche sur les problèmes liés au «Human Enhancement» et aimerait débattre de ce sujet avec un plus large public. C'est la raison pour laquelle l'ASSM organise un symposium «Plus intelligent, plus heureux et plus beau grâce à la médecine ? Human Enhancement».

Information et inscription : www.assm.ch

16. -17. November 2007, Zürich: Workshop «Patientenverfügung aus der Perspektive einer kulturüber- greifenden Bioethik»

Der Workshop findet am Institut für Biomedizinische Ethik der Universität Zürich im Rahmen des Universitären Forschungsschwerpunkts Ethik statt. Eingeladen sind Experten und Expertinnen aus der Medizinethik, Philosophie, Rechtswissenschaft, Theologie und europäische Ethnologie. Tagungsprogramm erhältlich unter <http://www.ethik.unizh.ch/ibme/veranstaltungen.php>.

Anmeldung bis zum 26. Oktober 2007 bei Susanne Brauer (brauer@ethik.unzh.ch)

13.-15. Dezember 2007, Zürich: Symposium «An den Grenzen des Vorhersehbaren» Beiträge aus Medizin, Ethik, Theologie und Religionswissenschaft

Informationen: auf Seite 13, unter www.tagung-grenzen.ch.vu oder via E-Mail: sekretariat-bildundtext@theol.unizh.ch

Impressum

Bioethica Forum wird herausgegeben von der **Schweizerischen Gesellschaft für Biomedizinische Ethik SGBE-SSEB**

Redaktionskommission: Markus Zimmermann-Acklin (verantwortlich), Hermann Amstad

Bioethica Forum No. 55 erscheint im Dezember 2007; Redaktionsschluss: 15. November 2007.

Sekretariat SGBE/SSEB, REHAB Basel,

Postfach, 4025 Basel

Tel. ++41 (0)61 325 00 53 / 325 01 10,

Fax ++41 (0)61 325 01 21

E-Mail : info@bioethics.ch

www.bioethics.ch